

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THESE

N^o 77

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN-LOUIS LAPEYRE

Ancien Interne Lauréat des Hôpitaux

Aide d'Anatomie à la Faculté

Né à Tours, le 15 Juin 1899

LES

CELLULITES LIGNEUSES
CERVICO-FACIALES

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1929

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN-LOUIS LAPEYRE

Ancien Interne Lauréat des Hôpitaux
Aide d'Anatomie à la Faculté
Né à Tours, le 15 Juin 1899

LES

CELLULITES LIGNEUSES
CERVICO-FACIALES

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1929

LE DOYEN. M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Thérapeutique.	LœPER.
Hygiène	TANON.
Médecine égale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LAREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngie.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEROUX	Anatomie pathologique.
BINET	Physiologie.	LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale	METZGER	Obstétrique.
CHABROL	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgicale
CHIRAY	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
CLERC	Pathologie médicale.	MULON	Histologie.
DEBRÉ	Hygiène.	OBERLING	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.	OLIVIER	Anatomie.
DONZELOT	Pathologie médicale.	PHILIBERT	Bactériologie.
DUVOIR	Médecine légale.	QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
ÉCALLE	Obstétrique.	RICHET Fils	Physiologie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.	VALLERY-RADOT	
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.	(Pasteur)	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HARVIER	Pathologie médicale.	VELTER	Ophthalmologie.
HEITZ-BOYER	Urologie.	VERNE	Histologie.
HOVELACQUE	Anatomie.		
HUTINEL	Pathologie médicale.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	RETTERRER	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obsiétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR JEAN NUMA LAPEYRE
PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES
(in memoriam)

A MON PÈRE

LE DOCTEUR LOUIS LAPEYRE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE TOURS
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE
DE CHIRURGIE

*Image vénérée d'intelligence, de bonté,
de droiture ; que son exemple serve de
guide à toute ma vie.*

A MON ONCLE

LE DOCTEUR HENRI LABBÉ
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE DE FRANCE
ET DU CONSEIL DE SALUBRITÉ ET D'HYGIÈNE DE LA SEINE

*Sa vigilante tendresse m'a toujours été
précieuse. Qu'il trouve ici le témoignage
de ma reconnaissante et fidèle affection.*

AU DOCTEUR MARCEL LABBÉ

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ

*En remerciement des marques d'affec-
tueuse sympathie qu'il m'a toujours té-
moignée. Hommage de profond dévoue-
ment.*

A MA FEMME

A MA MÈRE ET A TOUS LES MIENS

Faible témoignage de toute ma tendresse.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. LECÈNE

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL ST-LOUIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage d'admiration, de reconnaissance,
de dévouement.*

A MES MAITRES DANS L'INTERNAT

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de reconnaissance et de respectueux attachement.

M. LE DOCTEUR CH. LENORMANT
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LA PITIÉ

M. LE DOCTEUR G. LARDENNOIS
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR P. DESCOMPS
PROFESSEUR AGRÉGÉ DES FACULTÉS DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

En souvenir de leur précieux enseignement.

A M. LE PROFESSEUR L. OMBREDANNE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

En témoignage de grande admiration.

A M. LE DOCTEUR H. MONDOR
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Qui m'a toujours témoigné une bienveillante amitié et si affectueusement conseillé. Hommage de sincère gratitude.

AUX PROFESSEURS DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS

Mes premiers maîtres.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ.

M. LE DOCTEUR BAUMGARTNER.

Externat

M. LE PROFESSEUR CH. ACHARD.

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE.

M. LE PROFESSEUR P. LECÈNE.

M. LE PROFESSEUR OMBREDANNE.

Internat provisoire

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. CHABROL.

Internat

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. DESCOMPS (1925)

M. LE DOCTEUR SOULIGOUX (1926).

CHIRURGIEN DE LA PITIÉ

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE (1926).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS (1927).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENORMANT (1927).

M. LE PROFESSEUR LECÈNE (1928).

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

M. LE PROFESSEUR ROUVIÈRE

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de respectueuse reconnaissance.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HOVELACQUE

CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE

A M. LE DOCTEUR P. MOULONGUET-DOLÉRIS
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

*Qui m'a guidé dans ce travail.
En remerciement de sa précieuse amitié.*

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS P. MOURE, J. QUÉNU,
CHIRURGIENS DES HOPITAUX ; L. BINET, MÉDECIN DES HO-
PITAUX ; LEVY-SOLAL, ACCOUCHEUR DES HOPITAUX.

A MM. LES DOCTEURS G. D'ALLAINES, J. BRAINE, M. DENIKER, J. MADIER, RAOUL MONOD, SOU-
PAULT, CHIRURGIENS DES HOPITAUX ; FAURE-BEAU-
LIEU, ROUILLARD, BOULIN, MÉDECINS DES HOPITAUX.

A MM. LES DOCTEURS OBERLIN, WILMOTH, WELTI,
GÉRARD-MARCHANT, PROFESSEURS A LA FACULTÉ.

A MM. LES DOCTEURS DOUAY, LANCE, G. HUC, J. MI-
CHAUX, RAVINA.

AU DOCTEUR ROUX-DELIMAL, *en reconnaissance de sa
paternelle affection.*

AU DOCTEUR PAUL PAVIE, *dont les connaissances bactériolo-
giques m'ont été d'un précieux secours ; amicale
sympathie.*

A MES FIDÈLES CAMARADES DE CONFÉRENCE :

LÉON MICHAUX, INTERNE MÉDAILLE D'OR ; JACQUES
DELARUE, CLÉMENT LAUNAY, ALBERT SALMON,
INTERNES DES HOPITAUX ; D^r J. MORNET, ANCIEN INTERNE
DES HOPITAUX ; D^r J. LAVIALLE.

En souvenir du temps passé.

A MES AMIS

DU MÊME AUTEUR

- Notions de Physiologie pour qui veut pratiquer un tubage duodénal, par MM. E. Chabrol, H. Bénard et Lapeyre, *Journal Médical Français*, décembre 1924.
- A propos de la thrombo-angéite oblitérante, par MM. E. Chabrol et J.-L. Lapeyre. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 13 juin 1924, n° 21.
- Le tubage duodénal en pathologie gastro-duodénale, par MM. E. Chabrol, J.-L. Lapeyre et Laurain, *Presse Médicale*, 3 février 1926.
- L'Anesthésie épidurale, *Gazette Médicale du Centre*, année 1925, page 494.
- Fracture de l'extrémité inférieure du radius associée à une luxation de la tête cubitale. — Société anatomique de Paris, voir *Annales d'An. Path.*, n° 9, décembre 1926.
- Variétés rares de fractures du poignet. — *Gazette médicale du Centre*, janvier 1927.
- Chirurgie conservatrice et radiothérapie dans les kystes de l'ovaire. — *Gynécologie et obstétrique*, n° 4, avril 1927.
- Ulcères du duodénum et de l'estomac perforés en péritoine libre. Variétés cliniques. — *Gazette Médicale de France*, 15 déc. 1927.
- Nouvelles observations de perforation et de rupture de pyosalpinx en péritoine libre. — *Gynécologie et Obstétrique*, avril 1928.
-

CHAPITRE I

Introduction et Rappel anatomique

Les espaces cellulux du cou sont assez souvent le siège d'infiltrations diffuses de dureté ligueuse dont le diagnostic clinique est presque impossible tant est identique l'aspect que des affections très diverses peuvent y réaliser.

Nous avons pu réunir quelques observations assez caractéristiques qui, rapprochées de celles retrouvées dans la littérature, nous autorisent à affirmer la nécessité d'examens complets de laboratoire pour arriver au diagnostic exact afin d'éviter des fautes de traitement, conséquences fatales d'erreurs trop grossières.

Le tissu cellulaire du cou favorise l'infiltration en nappe des tuméfactions qui y prennent naissance. Sa réaction fibreuse, l'existence d'aponévroses inextensibles leur donnent une dureté caractéristique. La proximité du carrefour aéro-digestif supérieur, la richesse lymphatique, les remaniements complexes que cette région subit au cours du développement de l'embryon, font que cette zone est particulièrement exposée à des infections diverses et riche en variétés nombreuses de tumeurs.

Mais qu'il s'agisse d'une inflammation ou d'un néoplasme, fréquents sont les cas où l'aspect extérieur est tellement semblable que le diagnostic précis ne peut être obtenu

que grâce à l'*incision exploratrice* suivie de recherches microscopiques systématiques.

Nous pensons donc, en présence de ces infiltrations du tissu cellulaire cervical, qui ont pour caractères communs d'être d'une dureté ligneuse, d'évoluer en surface et en profondeur en infiltrant tous les tissus, et dans l'impossibilité d'affirmer par les seules ressources de la clinique, s'il s'agit d'une tumeur inflammatoire ou d'une tumeur néoplasique, qu'il est absolument indispensable de prélever les éléments nécessaires à leur identification. Médecins, spécialistes ou chirurgiens, qui découvrent un syndrome pseudo-néoplasique de la région cervicale, dont la nature leur paraît douteuse, doivent, sans hésiter, pratiquer l'*incision de diagnostic*. Ils se rappelleront que la similitude entre des affections très diverses peut être à ce point parfaite, que des erreurs ont pu être maintenues jusqu'au bout, même sur la platine du microscope.

LES ESPACES CELLULEUX DU COU

Nous n'avons pas l'intention de rappeler dans ce chapitre la disposition topographique des aponévroses et des gaines fibreuses du cou. Nous avons simplement reproduit deux coupes, l'une transversale, l'autre médiane sagittale, dont la lecture permettra de suivre la formation des espaces celluloux qui résultent du cloisonnement aponévrotique de la région cervicale.

Sur la coupe transversale passant au niveau de la 7^e vertèbre cervicale, on voit que l'enveloppe fibreuse formée par l'aponévrose cervicale superficielle est subdivisée en deux par un cloisonnement transversal, l'aponévrose cervicale profonde :

La région postérieure constitue la nuque, qui est rarement le siège des infiltrations que nous allons étudier.

La région antérieure est elle-même subdivisée en plusieurs loges par la présence de l'aponévrose cervicale

moyenne engainant entre ses deux feuillets les muscles sous-hyoïdiens, et de gaines fibreuses plus ou moins solidaires des éléments aponévrotiques voisins.

Entre l'aponévrose cervicale superficielle et le feuillet antérieur de l'aponévrose cervicale moyenne existe un espace cellulaire étroit, *espace inter-aponévrotique*, partagé en trois compartiments :

L'un médian, l'*espace sus-sternal*, bien limité et fermé par l'adhérence des deux aponévroses entre elles et aux bords de la fourchette sternale ;

Deux latéraux, les *espaces sus-claviculaires*, également assez bien fermés.

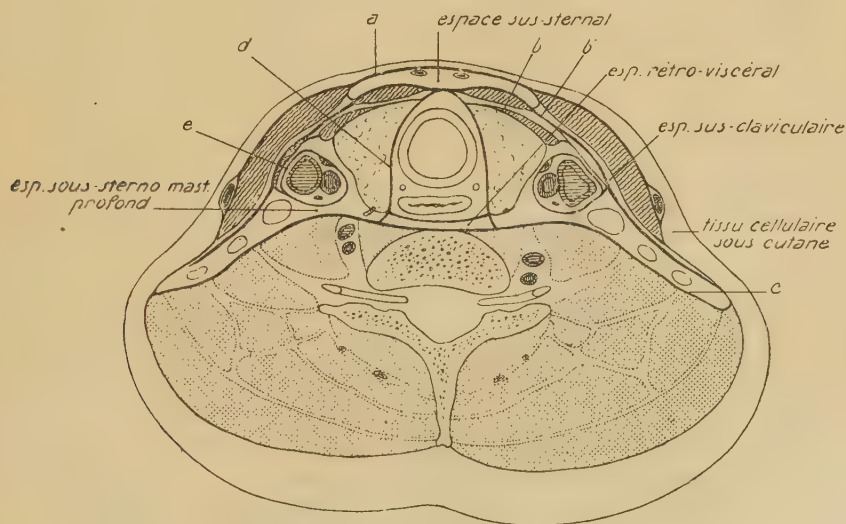


FIG. 1. — Coupe horizontale du cou passant par la septième cervicale (d'après Rouvière).

En arrière de l'aponévrose moyenne c'est l'*espace cellulaire sous-aponévrotique profond*. Il contient sur la ligne médiane le paquet trachéo-œsophagien avec le corps thyroïde enfermés dans une gaine propre et latéralement le paquet vasculo-nerveux carotidien également inclus dans une enveloppe fibreuse.

La gaine viscérale n'adhérant pas en avant au feuillet profond de l'aponévrose cervicale moyenne, il en résulte

un *espace pré-trachéal* qui met en communication les deux espaces cellulaires latéraux profonds. Sur la coupe verticale on voit que cet espace se continue en bas dans le médiastin antérieur où il constitue à l'entrée du thorax la loge du thymus. En arrière, la gaine viscérale envoie deux cloisons sagittales à l'aponévrose cervicale profonde. Il en résulte un *espace rétro-viscéral* qui se continue également en bas dans le médiastin postérieur au-devant de la colonne vertébrale.

La gaine vasculaire est plus ou moins adhérente aux formations voisines dont elle reste pourtant indépendante. En dehors d'elles le tissu cellulaire est particulièrement abondant sous le sterno-cléido-mastoïdien. Il peut même se constituer là un véritable *coussinet adipeux* où se trouve noyée une chaîne ganglionnaire importante.

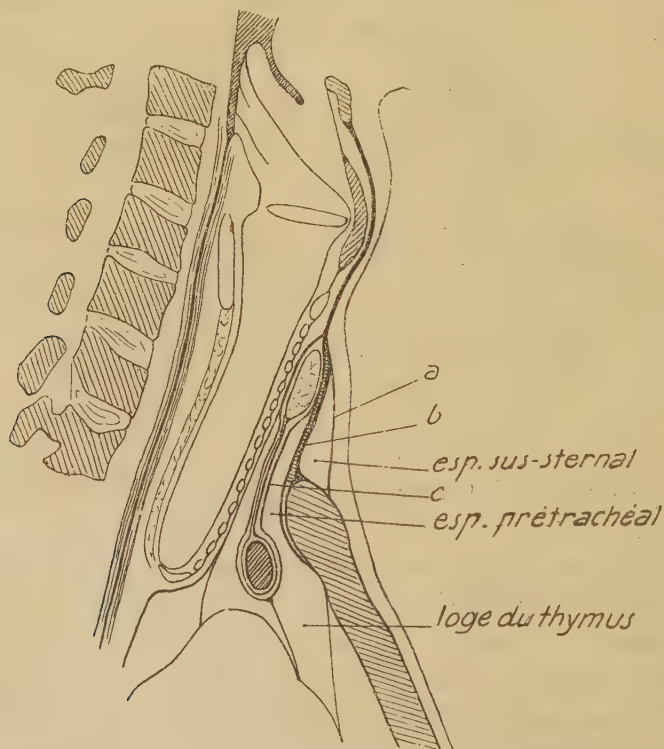


FIG. 2. — Coupe verticale antéro-postérieure et médiane de la partie antérieure du cou (d'après Rouvière).

Ces espaces cellulux sous-aponévrotiques profonds sont en continuité en haut avec le tissu cellulaire des espaces maxillo-pharyngiens qui appartiennent à la face. Ils sont séparés des loges parotidienne et sous-maxillaire par des cloisonnements plus ou moins résistants et plus ou moins complets. Au-dessus de l'os hyoïde la région médiane est en continuité avec la région sous-maxillaire, toutes deux étant séparées de la cavité buccale par un simple plan musculaire.

L'intérêt de cette étude des loges cellulaires du cou est de savoir si les infiltrations inflammatoires ou néoplasiques susceptibles de s'y développer ont simplement tendance à gagner de proche en proche en restant dans l'espace où elles ont pris naissance, ou si, rompant les barrières aponévrotiques, elles sont capables de passer d'une loge dans une autre et d'un plan dans un autre plan.

Au niveau du tissu cellulaire sous-cutané, les infiltrations ne rencontrent aucun obstacle et diffusent facilement. De même dans les espaces sous-aponévrotiques profonds, elles progressent aisément le long des gaines viscérales et vasculaires pouvant atteindre ainsi peu à peu le médiastin. Le point de départ en est d'ailleurs souvent à distance, soit dans les espaces latéro-pharyngiens au voisinage de l'amygdale par exemple, soit dans la région sous-maxillaire et sous-angulo-maxillaire. L'espace sus-sternal, les espaces sus-claviculaires, la gaine viscérale elle-même sont plus rarement le siège initial de ces infiltrations.

En réalité, les faits pathologiques ne peuvent être superposés aux faits expérimentaux, injections aqueuses (Hencke) ou gélatineuses (Poulsen). Les inflammations ou les néoplasmes, s'ils ont plutôt tendance à infiltrer d'abord le tissu cellulaire lâche des loges et d'y produire leurs coulées, sont également capables de détruire les barrières aponévrotiques les plus résistantes et d'envahir tous les plans qui, bientôt confondus, deviennent méconnaissables.

CHAPITRE II

Etude Clinique

A. CELLULITES CERVICALES CHRONIQUES

Parmi les cellulites chroniques qui se rencontrent au niveau des espaces cellulo-aponévrotiques du cou, deux sont particulièrement intéressantes : ce sont :

La cellulite chronique inflammatoire à pyogènes connue depuis Reclus sous le nom de *phlegmon ligneux*.

La cellulite chronique parasitaire qui n'est autre que *l'actinomycose cervicale*.

Par leurs grandes ressemblances morphologiques, ces deux affections semblent avoir été souvent confondues. A l'heure actuelle, ce n'est qu'à la suite de recherches histobactériologiques rigoureuses qu'on est en droit d'accepter le diagnostic de phlegmon ligneux. Mais, en dehors de ces deux affections, la syphilis est susceptible de fournir dans la région cervicale un tableau similaire : les gommès des ganglions du cou et surtout la thyroïdite chronique ligneuse dite maladie de Riedel que l'on tend à rattacher de plus en plus à la syphilis peuvent poser des problèmes cliniques délicats. Exceptionnellement le syndrome qui nous occupe peut être réalisé par la tuberculose du corps thyroïde ou celle des ganglions cervicaux avec péri-adénite inflammatoire.

1° Cellulite cervicale chronique infectieuse

Le phlegmon ligneux cervical

L'historique du phlegmon ligneux de Reclus est bien connu ; de nombreuses thèses, articles et cliniques, ont été consacrés à son étude surtout dans les 20 années qui suivirent sa première description.

Certains auteurs montrèrent que la région cervicale n'avait pas l'exclusivité absolue de cette affection (Marion, Batsère). D'autres prouvèrent que le phlegmon ligneux n'était pas l'apanage des vieillards et des débilités comme le croyait Reclus, mais se rencontrait aussi bien chez des sujets jeunes, vigoureux et bien portants. On en vint à admettre la nécessité de l'atténuation de virulence des microbes, dont le peu d'aptitude qu'ils montrent à cultiver constitue une preuve absolue (Capasso).

*
* *

Si les lésions anatomiques se sont montrées constamment identiques, par contre, l'étude bactériologique écarta bientôt toute idée de spécificité de germes. Tous les microbes ordinaires de la suppuration ont été rencontrés dans la sérosité purulente des phlegmons ligneux : staphylocoques (Suchy, Roure, Sicard, Gougerot et Gy, Lemaître et Ruppe, Parker), streptocoques (Moure, Fitchner, Barthélémy), cocci et bâtonnets, pseudo-diptériques (Reclus, Von Stockum, Kusnetzoff), bacilles fusiformes de Vincent (Piccini), spirilles des dents.

M. Lecène, dans une observation de phlegmon ligneux typique, a pu retrouver la présence de ces bacilles fusiformes confirmant ainsi leur origine buccale et dentaire fréquente.

Voici une courte observation de *phlegmon ligneux d'origine dentaire*, où les spirilles des dents semblent avoir été seuls en cause :

OBSERVATION INÉDITE RÉSUMÉE N° 1 (Bouchet)

« Cultivateur âgé d'une cinquantaine d'années présentant depuis 1 mois environ une tuméfaction cervicale ligneuse, étendue depuis la région sous-maxillaire jusqu'à quelques centimètres seulement de la clavicule.

Au début l'affection a été considérée comme un accident dentaire banal. Puis, devant sa persistance et sa dureté, le médecin craignant une tumeur néoplasique l'adresse au laryngologiste. Celui-ci pense à un phlegmon ligneux de Reclus d'origine dentaire, car la dentition est fort mauvaise.

On commence par débarrasser la mâchoire inférieure de quelques chicots, puis l'on pratique une petite incision au niveau du vestibule buccal. Il ne s'écoule pas de pus à proprement parler, seulement une sérosité purulente en gouttelettes. Un examen bactériologique montre qu'il s'agit presque uniquement de spirilles, presque à l'état pur.

Un traitement arsenical est alors institué (novarsenobenzol). Peu à peu la masse régresse et finit par disparaître.

Actuellement le malade est complètement guéri et se porte parfaitement bien.

*
**

La question de l'étiologie est une des plus intéressantes parce que de sa connaissance peut découler une thérapeutique causale. Une thèse récente consacrée à l'étude des accidents cellulaires d'origine dentaire (J. Mainguy) contient plusieurs observations de phlegmon chronique du type Reclus qui démontrent péremptoirement la fréquence de cette origine odontopathique. Les accidents dentaires responsables de la cellulite seraient de deux ordres : les uns sont des accidents dentaires proprement dits, la *mono-arthrite apicale suppurée* en constitue la lésion initiale ; les

autres accidents sont péri-dentaires ou muqueux : éruption de dent de sagesse, pyorrée alvéolaire, gingivite. Il faut y adjoindre enfin les solutions de continuité de la muqueuse d'origine traumatique. Nous rapportons une observation de phlegmons ligneux d'origine dentaire dont l'histoire est intéressante :

OBSERVATION INÉDITE N° 2 (*Bouchet*)

Phlegmon ligneux d'origine dentaire prise pour adénopathie cancéreuse secondaire.

Mme G..., 64 ans, présente soudain, à la fin du mois de septembre, alors qu'elle était en villégiature, de vives douleurs dans la mâchoire du côté gauche, accompagnées d'élévation thermique à 39° et de l'apparition d'une tuméfaction sous-angulo-maxillaire. Après ce début aigu les phénomènes perdent leur intensité ; mais la tuméfaction continue à s'accroître. A ce moment, un consultant appelé auprès de la malade pense à une adénopathie cancéreuse secondaire.

Environ 15 jours après le début, la malade vient consulter à Paris. Elle présente une tumeur cervicale étendue de la mâchoire à quelques centimètres seulement de la clavicule. La tumeur est dure. La malade présente une légère raucité de la voix. Sa température est aux environs de 38°.

Sans oser rejeter le diagnostic de tumeur maligne, on pense déjà au phlegmon ligneux de Reclus, étant donnée l'apparition bien rapide, l'état fébrile et aussi l'aspect de la dentition.

En effet, du côté malade, la dernière molaire subsistante est cariée. D'autre part la cavité alvéolaire qui la précède présente un aspect suspect. On apprend alors que quelques jours avant le début de l'affection la malade a subi une petite intervention, ablation d'un chicot et curetage de l'alvéole. Une radiographie du maxillaire faite alors montre à ce niveau une cavité agrandie, mais pas d'ostéite.

L'endoscopie du pharynx et du larynx ne permet de déceler aucune tumeur primitive, seulement une légère déviation du conduit laryngo-trachéal du côté opposé, ce qui explique la raucité de la voix. Le diagnostic de cellulite chronique semble confirmé.

On fait alors une série de propidon, sans résultat bien net.

A ce moment, la malade fait une nouvelle poussée aiguë ; la région sous-mentale se tuméfie et simule, à s'y méprendre, une angine de Ludwig. Mais les accidents disparaissent très rapidement.

Une série de septicémie est faite, puis du tréparsol est administré. L'amélioration se fait de jour en jour et la masse se réduit considérablement.

Nous voyons nous-mêmes la malade fin octobre, soit 2 mois et demi après le début de l'affection. La tumeur a presque disparu, mais la malade reste asthénisée, fatiguée et présente toujours un léger état fébrile.

Après ces accidents buccaux dentaires viennent, par ordre de fréquence, les inflammations des amygdales, du larynx, du pharynx.

En dernier lieu les infections cutanées : furoncle, folliculite, kyste sébacé enflammé.

Mais il faut se souvenir que la lésion causale peut être minime, cachée, ou bien être cicatrisée et ainsi passer inaperçue. Il faut donc s'attacher à la dépister et la rechercher avec soin.

Mentionnons enfin deux ordres de faits plus exceptionnels : ceux où les phlegmons ligneux se sont constitués autour d'un corps étranger, éclat métallique par exemple (Gilberti, A. Mercadé) et enfin les cellulites cervicales consécutives à l'inflammation d'une fistule congénitale ou d'un kyste d'origine branchiale. Pulleine rapporte 3 cas de phlegmons ligneux causés par l'inflammation d'un tractus thyro-glosse persistant, avec 2 fois conservation de la perméabilité.

*
**

Cliniquement, le Phlegmon ligneux a une physionomie bien spéciale et la description de Reclus demeure toujours exacte. Toutefois, au sens propre du mot, ce n'est pas un phlegmon, mais une réaction spéciale du tissu cellulaire qui donne lieu au développement d'une pseudotumeur ayant le caractère physique d'une tumeur maligne dont l'évolution est favorable.

L'infiltration cellulaire se développe insidieusement sans réaction générale, ne déterminant d'autres troubles fonctionnels que la gêne causée par sa rigidité et la sclérose

des muscles sous-jacents. Sa dureté de bois, de pierre même, en est un des caractères fondamentaux, et l'immobilité la conséquence des adhérences qu'elle ne tarde pas à acquérir avec la peau et tous les organes voisins.

Son siège au cou est le plus souvent antéro-latéral, plus rarement médian, exceptionnellement postérieur dans la région de la nuque. Médian, il s'étend de la région sous-mentale à la fourchette sternale, effaçant le relief de la trachée et du corps thyroïde, ainsi que la dépression de la fossette sus-sternale. Les gouttières carotidiennes sont bombées, le cou paraît court, élargi (cou proconsulaire). Latérale, la tuméfaction partie de la région sous-maxillaire s'étale en hauteur plus ou moins bas vers la clavicule débordant le sterno-cléïdo-mastoïdien en arrière, s'approchant en avant du raphé médian. La connaissance anatomique des espaces cellulaires du cou font comprendre cette morphologie topographique. Mais dans le processus d'envahissement il n'y a aucune borne : les barrières aponévrotiques elles-mêmes sont franchies, d'où la possibilité d'extension du processus d'un plan à un autre, d'un côté à celui du côté opposé, enfin de fusées vers le médiastin. L'englobement des organes, en particulier du larynx et de la trachée, explique la possibilité d'accidents dyspnéiques parfois mortels.

Cependant, l'affection tend le plus souvent d'elle-même vers la résolution ; l'abcédation en est l'aboutissant le plus habituel : pus, grumeaux, granulations, ou corps étrangers sont éliminés par un ou plusieurs trajets fistuleux, et le processus de sclérose devenu inutile ne tarde pas à disparaître. Toutefois, la guérison est souvent entrecoupée par l'apparition de nouveaux petits abcès.

*
**

Du phlegmon ligneux classique, il est indispensable de rapprocher certaines collections suppurées ganglionnaires

à gangue épaisse et à évolution subaiguë ou chronique qui le simulent cliniquement. L'incision, dans ces cas, permet de découvrir une poche de pus que la dureté trompeuse des réactions scléreuses de voisinage n'avait quelquefois pas permis de suspecter. Nous rapportons trois observations de ce genre qui montrent bien l'intérêt de l'exploration chirurgicale. Grâce à elle, le *drainage* d'une collection suppurée profonde permet aux phénomènes infectieux de tourner court au lieu de se prolonger indéfiniment. Il est intéressant de noter l'atténuation de la virulence microbienne de ces abcès, au point que dans certains cas le pus est stérile et ne fournit pas de cultures. (Obs. n° 4).

OBSERVATION INÉDITE N° 3 (*Lécène*)

Phlegmon ligneux consécutif à une amygdalite et greffé sur des ganglions bacillaires calcifiés.

Mme X..., 40 ans, est atteinte, en avril 1926, d'amygdalite du côté gauche. Pendant 5 jours la fièvre reste à 39°-39°5, puis tout rentre dans l'ordre.

Un mois après environ, apparaît une tuméfaction au niveau de la région carotidienne gauche. Cette tuméfaction siège haut et remonte jusqu'à la mastoïde. On la traite par des applications locales chaudes et des vaccins, mais ceci sans résultat.

La malade est vue à la fin du mois de juin. A ce moment toute la région carotidienne supérieure gauche est envahie par une masse dure et violacée. On ne trouve pas de fluctuation vraie. La température se maintient aux environs de 38°.

Après quinze jours d'attente, on se décide à faire une incision qui laisse échapper du pus franc (à streptocoques) contenant des débris calcaires ressemblant à des esquilles (?). La fièvre tombe et la guérison s'obtient lentement après plusieurs éliminations de débris calcaires. L'un de ceux-ci a nettement l'aspect d'une coque ganglionnaire minuscule, ce qui permet un diagnostic rétrospectif.

La malade a présenté en effet, dans son enfance, des adénites cervicales qui ont suppuré pendant longtemps, mais guéries depuis 30 ans.

Un mois environ après l'intervention, la guérison complète est obtenue, sans fistule.

OBSERVATION INÉDITE N° 4 (Moulonguet)

Adéno-phlegmon subaigu sous-maxillaire simulant un phlegmon ligneux.

M... Alcide, 39 ans, entre à l'hôpital pour une tuméfaction siégeant dans la région sous-maxillaire.

Le 4 avril 1926, le malade s'aperçut de l'existence d'une petite glande sous la mâchoire du côté droit. Progressivement le volume s'en accroît. La tuméfaction empiète bientôt sur la joue et la région parotidienne. Vers le milieu d'avril le malade a présenté de la fièvre, mais à aucun moment il n'a présenté de douleurs.

A son entrée, la tuméfaction sous-maxillaire est dure, indolente, très faiblement mobilisable sur le maxillaire. On discute un moment le diagnostic de sous-maxillite, mais il n'y a aucun signe de lithiase salivaire (radiographie), et, d'autre part, le prolongement sublingual de la glande est indemne. On s'arrête au diagnostic plus probable d'adénite avec péri-adénite. A ce moment la température atteint et dépasse légèrement 38° le soir.

Un traitement par le *propidon* amène une rétrocession de la masse. Bientôt il ne reste plus qu'un noyau bien limité qui semble constitué par un abcès ganglionnaire. Une ponction au ténotome permet d'évacuer un pus verdâtre, *stérile*.

Malgré l'évacuation incomplète, le malade quitte l'hôpital au début de mai. Il est revu quelques jours plus tard en voie de guérison et sans fistulisation.

OBSERVATION INÉDITE N° 5 (Service du P^r Lecène)

Adéno-phlegmon subaigu sous sterno-mastoïdien ayant tous les caractères d'un phlegmon ligneux.

Mme Amélie L..., 45 ans, présente, depuis une quinzaine de jours, une tuméfaction dans la région carotidienne du côté gauche.

Cette tuméfaction est apparue progressivement ; ayant débuté vers l'angle de la mâchoire inférieure, elle n'a pas cessé de s'accroître depuis, en se développant vers le bas. Les douleurs, qui s'étaient manifestées au moment même de son apparition, ont disparu très vite et actuellement la malade déclare ne plus souffrir du tout.

Quinze jours environ avant le début de la tuméfaction, la malade raconte avoir fait une grippe qui a duré huit jours. Une amygdalite semble en avoir constitué le phénomène initial et passager.

Actuellement, 12 novembre 1928, la tuméfaction s'étend dans la ré-

gion carotidienne du côté gauche. Elle atteint en hauteur l'angle du maxillaire et s'approche en bas de la clavicule. En avant, elle reste un peu à distance de la ligne médiane, débordant nettement le bord du sterno-cléido-mastoïdien, noyé en grande partie dans la tumeur inflammatoire. En arrière, elle atteint presque le trapèze.

La peau, à ce niveau, est légèrement violacée.

La palpation montre une masse de surface légèrement bosselée, d'une dureté ligneuse et homogène. Les contours sont imprécis. Cette plaque adhère à la peau qui ne peut être plissée. Elle est peu mobile sur les plans profonds. Son indolence est absolue. On ne note pas d'adénopathie dans les territoires voisins.

Pas de signes fonctionnels, si ce n'est une gêne des mouvements du cou, causée par la rigidité de la tuméfaction.

L'état général est bon. La température ne dépasse pas 37°8 le soir.

L'examen de la bouche ne montre rien de particulier du côté du maxillaire inférieur. Il ne semble d'ailleurs pas que la malade ait eu d'accidents dentaires dans les jours qui ont précédé le début de l'affection. Par contre, l'endoscopie du naso-pharynx (Dr Aubin) montre des signes d'*amygdalite chronique* surtout marqués à gauche. Il n'y a absolument rien au niveau du pharynx et du larynx.

Un traitement par le propidon est commencé, mais avant de pouvoir en juger les effets on décide une intervention.

Opération : le 14 novembre 1928. Incision, sous anesthésie locale, le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. On dissèque le bord antérieur du muscle, puis dissociant des tissus durs on cherche à passer sous lui à la recherche du pus, qui s'écoule bientôt épais, crémeux.

L'examen bactériologique montre la présence de streptocoques.

*
**

La séméiologie du phlegmon ligneux, si facile qu'elle soit à reconnaître, autorise-t-elle à porter ce diagnostic ?

Nous avons vu que l'évolution favorable fournit la meilleure preuve de sa nature inflammatoire, mais la guérison peut être lente à obtenir, exception faite des cas où les complications respiratoires (Reclus, Marion) ou une médiastinite (Mirolli) enlèvent le malade avant qu'on n'ait fait la preuve de la nature du mal.

Etant donné la similitude du phlegmon ligneux avec

d'autres affections, en particulier avec l'actinomyose cervicale, il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, d'accepter sans contrôle ce simple diagnostic.

*
**

Phlegmon ligneux et actinomyose cervicale ont une ressemblance troublante signalée depuis longtemps par les auteurs classiques. Nous rapportons plus loin un cas d'actinomyose cervicale que seuls les examens de laboratoire permirent de distinguer. Même insiduosité, même lenteur d'évolution. A la période d'état, même placard d'une résistance singulière qui rappelle celle du cancer en cuirasse ; même peau adhérente et violacée ; la masse s'accroît pareillement sans fièvre, sans douleurs et sans phénomènes généraux appréciables. A la longue, une fistulisation se constitue à la peau. Dans l'un et l'autre cas, si l'on incise cette plaque dure, on trouve des tissus lardacés, criant sous le couteau, infiltrés de sérosité avec, par endroits, des cavités anfractueuses, véritables abcès en formation qui cherchent à se faire jour à l'extérieur par des trajets fistuleux à travers la gangue scléreuse qui les entoure.

Autrefois, rien ne permettait de faire le diagnostic entre le phlegmon ligneux et l'actinomyose avant l'apparition de la suppuration où l'on pratiquait la recherche des grains jaunes. La guérison spontanée dans certains cas, l'action favorable de l'iode dans d'autres, constituaient trop souvent les seuls éléments du diagnostic. Poncet et Bérard, sans vouloir mettre en doute les observations de phlegmon ligneux rapportées par Reclus, ne peuvent s'empêcher d'être frappés par l'identité de l'évolution et l'absence trop fréquente du contrôle bactériologique. Pourtant, Reclus lui-même n'était pas dupe, puisqu'il enseignait la possibilité d'erreurs entre ces deux affections « qui sont, en définitive, l'équivalent d'une réaction chronique des tissus sollicités par des microbes faiblement pyogènes ».

Dans l'un et l'autre cas, il s'agit d'une cellulite chronique ligneuse, l'une inflammatoire banale, l'autre parasitaire. Le champignon, à lui seul, ou par les germes microbiens qu'il entraîne au sein des tissus déclanche la réaction fibreuse du tissu cellulaire. Il semble jouer le rôle du corps étranger dont la présence a pu paraître nécessaire à certains auteurs : éclat métallique (S. Mercadé), débris de végétaux, séquestres.

Nous en concluons, en l'absence d'une notion étiologique certaine, telle qu'une lésion dentaire concomitante, la trace de pénétration d'un projectile ou l'existence d'un orifice de fistule branchiale, qu'il ne faut accepter le diagnostic de phlegmon ligneux « idiopathique » qu'avec beaucoup de réserves. Par l'interrogatoire on s'assurera qu'il n'y avait pas antérieurement une tumeur cervicale ; on examinera soigneusement les dents, le vestibule, le plancher buccal, les amygdales ; on fera pratiquer au besoin une radiographie du maxillaire inférieur. Les examens du laryngologiste écarteront l'idée d'une adénopathie cancéro-inflammatoire secondaire à un cancer pharyngien, en même temps qu'ils permettront de rechercher une porte d'entrée à l'infection. Plutôt que d'attendre la résolution spontanée, qui risquerait d'être longue, étant donnée la fréquence assez grande d'actinomyose cervico-faciale, même en France, même à Paris, il conviendra d'en faire activement et systématiquement la recherche. La présence de microbes ordinaires dans les exsudats n'a pas de valeur négative, car l'actinomyose fistulisée est infectée secondairement. Si la présence de pyogènes rend plus délicate l'identification des parasites, c'est une raison de plus pour exiger dans sa recherche une plus grande rigueur.

Donc, en présence d'un phlegmon ligneux du cou dont on ne trouve pas aisément la cause, sans tarder, il faut pratiquer l'incision exploratrice, premier temps des examens de laboratoire que nous jugeons indispensables.

Nous avons cru bon de grouper pour exemples trois observations d'infiltrations ligneuses de tissu cellulaire cervical qui illustrent bien les difficultés de diagnostic que nous avons signalées. Toutefois, dans les deux premiers cas, antérieurement publiés, un doute sur l'origine actinomycotique de la cellulite persista dans l'esprit des auteurs. Dans notre troisième observation, la rigueur des examens nous a permis de conclure à une inflammation cellulaire banale consécutive à une ostéite du maxillaire.

OBSERVATION N° 6 (*Mirolli*)

Phlegmon ligneux du cou compliqué de médiastinite.

Homme de 49 ans. Après une période d'amygdalite se développe une tuméfaction cervicale ligneuse, s'accompagnant de dysphagie et de raucité de la voix. Au laryngoscope on note un peu d'œdème de la région aryénoïdienne. Malgré un débridement devant le larynx et la trachée, la tuméfaction s'étend et gagne derrière le manubrium.

La sérothérapie pyovalente se montre inefficace ; 4 mois après le début, il existe un syndrome médiastinal avec compression veineuse très marquée. La radiographie ne décèle rien de caractéristique ; le Wassermann est négatif ; la biopsie écarte l'idée de tumeur maligne.

Les recherches de l'actinomyces sont également négatives.

Malgré une nouvelle intervention sur le médiastin et une cure à l'iode de potassium, la mort finit par survenir 8 mois après le début de l'affection, que l'auteur considère comme un phlegmon ligneux compliqué de médiastinite.

Dans cette autre observation, le diagnostic de phlegmon ligneux fut conservé après nombreuses hésitations avec réserve en ce qui concerne l'actinomycose.

OBSERVATION N° 7 (*Tavernier*)

Phlegmon ligneux.

Il s'agissait d'une tuméfaction inflammatoire de la région de l'angle de la mâchoire datant de 18 mois, ayant débuté par une dacryocystite actuellement fistulisée ; successivement des dents incriminées furent arrachées, puis on fit un traitement anti-syphilitique ; enfin pensant à

l'actinomycose on institua un traitement ioduré à hautes doses, sans résultat. A ce moment, l'aspect est devenu celui d'une tumeur ligneuse, formant bloc avec le maxillaire qui paraît soufflé ; deux abcès se sont fistulisés ; il n'y a pas d'adénopathie. Le diagnostic hésite entre actinomycose et néoplasme. A l'opération, le bistouri traverse un bloc lardacé menant sur une bosselure du maxillaire inférieur au niveau de l'angle, la résection de cette partie de l'os montre qu'il ne s'agit pas d'un ostéosarcome. Il n'y a, par ailleurs, ni pus, ni fongosités, ni séquestres. Les examens histologiques ne montrent que des lésions inflammatoires banales, si bien que l'auteur conclut en définitive à la possibilité d'un phlegmon ligneux cervico-facial à point de départ lacrymal avec hyperostose du maxillaire au voisinage des lésions inflammatoires des parties molles. L'actinomycose n'est pas rejetée formellement, étant donnée le résultat négatif des examens.

Dans l'observation précédente, les lésions ont été considérées comme secondaires à l'inflammation de voisinage. Nous pouvons lui opposer une observation assez identique, où la présence d'un point d'ostéite révélé par la radiographie nous fit d'emblée considérer l'affection comme une ostéomyélite chronique du maxillaire plutôt que comme une actinomycose, dont l'affection simulait grossièrement l'aspect.

OBSERVATION INÉDITE N° 8 (*Service du Pr Lecène*)

Ostéite chronique fistulisée du maxillaire inférieur simulant une actinomycose.

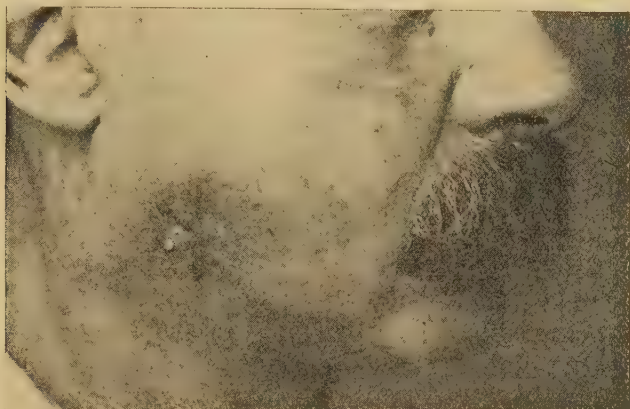
D..., 36 ans, vient consulter pour une tuméfaction ligneuse fistulisée de la région sous-maxillaire.

Le début remonte au mois d'août de cette année par des douleurs dentaires au niveau de la mâchoire inférieure, du côté droit. Bientôt apparaît une tuméfaction au niveau de l'angle du maxillaire inférieur. Au début de septembre on lui arrache une dent. A la suite de cette avulsion la grosseur augmente encore. Un médecin lui fait une incision par la bouche qui donne issue à beaucoup de pus.

Mais la tuméfaction ne cesse de s'accroître et le malade entre à l'hôpital Cochin, où on le traite par des compresses chaudes locales et des piqûres de propidon, d'ailleurs sans amélioration. Une incision faite

au niveau de l'angle de la mâchoire laisse écouler un peu de pus et devient le point de départ d'une fistule.

Il y a quinze jours, le malade consulte au service dentaire de l'hôpital Saint-Louis : songeant sans doute à l'actinomycose, on lui administre de l'iodure de potassium, ceci sans résultat.



Musée de l'Hôpital Saint-Louis

FIG. 3. — Ostéite chronique fistulisée du maxillaire inférieur simulant une Actinomycose cervico-faciale (Observation n° VIII).

Le 28 octobre 28, soit 3 mois après le début, nous examinons le malade. Il présente une tuméfaction maxillaire droite gagnant dans la région sous-maxillaire. Au centre d'un placard rouge, on note deux orifices de fistules par où coule un peu de sérosité purulente. L'immobilité de la masse est absolue ; elle fait corps avec le maxillaire. L'indolence est presque complète. A signaler l'absence et la difficulté d'examen à cause du trismus. Malgré la gêne qui en résulte pour l'alimentation, l'état général reste bon.

La radiographie (5 oct. 28) montre des lésions d'ostéite juste en avant de l'angle ; il semble qu'il y ait un séquestre détaché du bord inférieur de l'os.

Intervention (1^{er} nov. 28) : incision arciforme sous-angulo-maxillaire ; on traverse des tissus indurés ; en profondeur, là où aboutissent les fistules, il y a quelques fongosités ; l'os dénudé paraît malade, mais on ne trouve pas de séquestre. Résection partielle à la gouge ; tamponnement. Prélèvement pour examen microscopique.

Réponse histologique : Il s'agit d'une infiltration inflammatoire banale ; aucune lésion spécifique ; pas de traces de grains d'actinomyces.

* !
* *

Nous voyons donc que le diagnostic clinique entre une cellulite inflammatoire et une actinomycose est très souvent impossible et qu'il est absolument indispensable de recourir aux recherches radiologiques, biologiques, histologiques et bactériologiques, sans oublier l'incision exploratrice qui est à la fois un mode de diagnostic et de traitement. La biopsie qui en découle permettra immédiatement de différencier les infiltrations néoplasiques malignes des cellulites ligneuses inflammatoires avec lesquelles elles sont facilement confondues.

*
**

Les difficultés du diagnostic différentiel entre le phlegmon ligneux et les *néoplasmes squirrheux* constituent en effet une notion classique. Pour certains ce serait un des côtés les plus intéressants de l'histoire du phlegmon ligneux. Le Professeur Lejars, un des premiers, rapporta une erreur de ce genre et rappela une erreur analogue de Schimcke, où ce fut post mortem qu'on put se rendre compte de la nature néoplasique de la tuméfaction prise pour une cellulite inflammatoire.

Certaines adénopathies cancéro-inflammatoires peuvent prêter particulièrement à confusion, de même que certaines formes de sarcome, qui évoluent avec de la rougeur locale et de la fièvre. La biopsie, dans ces cas, est absolument nécessaire.

*
**

En résumé, en présence d'une infiltration cervicale pseudo-inflammatoire et de dureté ligneuse, lorsque les notions étiologiques certaines manquent et que les examens buccaux, pharyngés et laryngés n'ont révélé aucun point de départ d'une tumeur ou aucune porte d'entrée à l'infection, avant d'accepter le diagnostic de phlegmon ligneux, il est absolument indispensable de pratiquer une *incision*

exploratrice suivie des examens histo-bactériologiques complémentaires. Ceux-ci permettent de reconnaître très aisément une tumeur maligne ; par contre la présence de lésions inflammatoires nécessite d'autres recherches en vue d'en définir la cause. Nous étudierons dans un chapitre spécial les méthodes d'exploration utilisables pour la découverte de l'actinomyose.

2°) Cellulite cervicale chronique mycosique

L'actinomyose cervicale

L'actinomyose cervicale est le plus souvent secondaire à une actinomyose faciale. Exceptionnellement, elle peut être dite primitive quand le parasite ayant pénétré par la cavité bucco-pharyngée chemine de proche en proche jusque dans le tissu cellulaire cervical avant de provoquer ses premières manifestations.

Il faut noter, en outre, la possibilité d'actinomyose primitive des glandes salivaires (Guttmann), glande sous-maxillaire ou glande parotide (Beck) et aussi celle du corps thyroïde (Köhler, Ramadier).

Du point de vue pathogénique, en ce qui concerne les glandes salivaires, le parasite arriverait au sein même du tissu glandulaire par la voie canaliculaire. Pour le corps thyroïde, il faut admettre soit l'embolisation de l'oospore par la voie lymphatique, soit le cheminement du parasite dans le canal thyroéo-glosse normalement perméable à partir du foramen cæcum.

Dans les localisations habituelles du tissu cellulaire, la voie lymphatique semble peu probable, si l'on se rappelle que l'absence d'engorgement ganglionnaire dans la région

atteinte par l'actinomyose est donnée comme un bon signe clinique de l'affection. L'adénopathie manque dans nos 4 observations d'actinomyose cervicale. Leur constatation doit être mise sur le compte d'une infection secondaire quand le foyer actinomycosique s'est ouvert au dehors (Zaffagnini et Gamberini).

Done, à part la pénétration lointaine du champignon à la faveur d'un conduit creux (canal excréteur d'une glande ou tractus thyro-glosse perméable), il faut admettre que l'inoculation des tissus profonds est produite par propagation de voisinage. Le point d'effraction se trouve habituellement au niveau de la muqueuse bucco-pharyngée. Une ulcération, une carie dentaire, une piqûre ou plaie constituent la solution de continuité du revêtement muqueux nécessaire à la pénétration du parasite. Le cheminement s'effectuerait alors grâce à un véhicule constitué par un débris de végétal. Cet élément vecteur semblerait indispensable au développement de l'actinomyces. Wolf dit avoir toujours trouvé des débris végétaux au milieu des foyers actinomycosiques, et Bostrom a démontré que le champignon conservait longtemps sa vitalité sur les céréales. Ces faits expliqueraient l'éclosion de l'actinomyose loin de son point de pénétration et longtemps après sa date d'inoculation. A ce propos Christ a rapporté trois observations où l'actinomyose se révéla de quelques jours à plusieurs mois après un traumatisme facial. L'auteur estime qu'une plaie de la muqueuse buccale a été nécessaire pour que s'établisse l'infection. Tout récemment O. Boyksen (*Zentralblatt Für Chirurgie*, n° 25, 23 juin 1928) rapporte deux observations curieuses d'actinomyose s'étant révélée comme la conséquence lointaine de blessures de guerre datant l'une de 5 ans, l'autre de 10 ans. Les deux cas concernent des blessés de la région iliaque droite, avec atteinte de l'intestin seulement dans le premier cas. Il est difficile d'affirmer, tout au moins en ce qui concerne la première observation, qu'il s'agit d'une inoculation exogène, le contact

avec un sol couvert de paille étant relaté dans les deux observations.

On peut donc admettre qu'il existe des faits indubitables d'inoculation directe d'actinomycose dans le tissu cellulaire. Nous allons en rapporter un cas concernant une localisation de la fosse ischio-rectale.

OBSERVATION INÉDITE N° 9 (*Leeène*)

Actinomycose en apparence primitive de la fosse ischio-rectale.

M. X..., 58 ans, est vu en mai 1928, pour une suppuration très torpide de la fosse ischio-rectale droite. Au toucher rectal, on sent une coque dure qui remonte haut le long de l'ampoule du rectum, dont la muqueuse est absolument normale. L'examen rectoscopique ne montre également rien de ce côté. La prau du périnée correspondante à la base de la fosse ischio-rectale est violacée, un peu douloureuse au palper. Rien du côté prostatique.

La température atteint 38° le soir.

Dans les antécédents on ne note qu'une affection pulmonaire remontant à un an, qui est actuellement finie. Plus intéressant serait au point de vue étiologique le souvenir qu'à le malade d'avoir eu en janvier 1928 une *piqûre de chardon à la fesse droite*.

Opération le 30 mai 1928.

Incision en T de la fosse ischio-rectale droite. On trouve du pus glaireux, très mal lié. On le recueille dans une éprouvette. Au cours du débridement on ne trouve ni lésions osseuses, ni lésions rectales. Tamponnement serré de la fosse ischio-rectale.

Le pus, examiné au microscope, présente des grains actinomycosiques typiques.

Le traitement iodé local et général (Lugol par la bouche) permet d'obtenir une guérison locale complète en deux mois.

Mais la mycose n'est pas guérie chez ce malade qui a fait récemment une localisation hépatique dont la nature actinomycosique a été vérifiée opératoirement.

L'effraction de la muqueuse bucco-pharyngée doit être considérée comme le fait essentiel ; c'est au niveau des dents que la pénétration se fait le plus fréquemment ; la carie dentaire la favorise. L'habitude de mâchonner des

céréales chez les campagnards rend possible l'inoculation du parasite mis en contact. Lord a essayé de fournir des preuves expérimentales de cette origine dentaire en inoculant à des cobayes le contenu de dent cariée ; il aurait obtenu 3 fois sur 5 des inoculations positives. Ces recherches demanderaient à être contrôlées. Mais il est un fait certain que l'apparition d'une actinomycose cervico-faciale coïncide presque toujours avec un si mauvais état de la dentition que l'affection est considérée au début comme une complication dentaire et traitée comme telle. Nous avons noté au passage cette erreur dans les observations de Gay et Patouraud, dans celle de Hudelo, Montlaur et Mornet, et dans 3 des nôtres. New, dans une statistique importante, a trouvé que le phlegmon chronique d'origine dentaire constitue l'erreur la plus fréquemment commise.

*
**

Au point de vue séméiologique nous avons vu avec l'étude du phlegmon ligneux la grande analogie qui existait entre ces deux affections, au point qu'il nous a été possible de dire que l'une constitue la forme infectieuse, l'autre la forme parasitaire des cellulites chroniques ligneuses du tissu cellulaire cervical.

Le parasite pénétrant le plus souvent au niveau de la bouche ou du pharynx, ce sont les régions sous-mentale, sous-maxillaire ou sous-angulo-maxillaire qui sont les premières envahies. De là l'infection peut gagner les régions sous-hyoïdiennes médiane et latérale et s'étendre à toute la hauteur du cou, réalisant la *forme cervicale* large de Poncet et Bérard.

Les lésions réalisées par l'infiltration du tissu cellulaire se présentent sous forme d'un placard plus ou moins large, de consistance ligneuse, de surface irrégulière, constitué par une série de nodules confluent qui adhèrent à la peau. Diffuses sont les limites et l'adhérence en profondeur rend impossible la mobilisation en masse.

Les signes fonctionnels sont réduits à une simple gêne des mouvements au cou. Il existe un trismus marqué quand le maxillaire inférieur est primitivement atteint. L'évolution se fait par extension progressive ; de temps à autre, un point se ramollit, une fistule s'ouvre à l'extérieur, laissant s'écouler un liquide généralement clair, qui peut contenir des grains jaunes caractéristiques.

On ne note pas d'adénopathie. L'état général se conserve bon et sans fièvre.

Nous rapportons quatre observations d'actinomyose cervico-faciale confirmée par les examens de laboratoire. Elles n'ont présenté aucune particularité clinique, si ce n'est que le diagnostic fut fait rapidement dans tous ces cas, parce que, ayant songé à une mycose, les recherches furent aussitôt orientées dans ce sens.

OBSERVATION INÉDITE N° 10 (M. Lecène)

Actinomyose cervicale simulant un phlegmon ligneux.

R. V..., 44 ans, entre le 5 décembre 1925, à l'hôpital, pour une tuméfaction siégeant du côté gauche du cou. Le début s'est fait il y a 2 mois par l'apparition d'une tuméfaction de la grosseur d'une noisette, légèrement douloureuse, au niveau de la région carotidienne gauche. Le volume augmente progressivement ; au bout d'un mois l'accroissement devient beaucoup plus rapide, surtout dans les derniers jours ; la peau rougit et les douleurs deviennent plus vives. Le malade n'accuse aucun trouble fonctionnel, ni dysphagie, ni dyspnée. L'état général est bon.

A l'examen, on note une masse volumineuse siégeant sur la face latérale gauche du cou. Elle atteint presque la ligne médiane en avant, remonte à deux travers de doigts au-dessous du lobule de l'oreille et s'arrête en bas à quelques centimètres de la clavicule. Ces bords sont mal limités, sa consistance est dure, avec quelques zones plus molles en particulier en un point postérieur et inférieur où il y a même un peu de fluctuation. La peau violacée est plus rouge à ce niveau.

Rien au toucher buccal ; la dentition paraît bonne. L'examen endoscopique du larynx et du pharynx ne montre rien d'anormal.

Le 7 décembre 1925, à l'anesthésie locale, on pratique une incision

au point fluctuant ; du pus mal lié est recueilli ; après culture sur milieux de Sabouraud et examens histologiques d'un fragment prélevé au bistouri, il est permis d'affirmer la nature actinomycosique certaine de l'affection.

OBSERVATION INÉDITE N° 11 (Lecène)

Actinomycose cervico-faciale :

P... René, 28 ans. Il y a un an environ, le malade ressentit une vive douleur au niveau de la dernière molaire de la mâchoire inférieure du côté gauche. Une tuméfaction de la joue gauche absolument indolore se développa alors rapidement ; 8 jours après le malade consulte un médecin qui attribue la tuméfaction à un accident dentaire et fait arracher une dent. Six mois plus tard, la tuméfaction ayant persisté, une autre dent est arrachée. C'est alors que le malade consulte dans le service du Dr Ravaut, qui pense à l'actinomycose et institue aussitôt un traitement iodo-ioduré ; un prélèvement confirme d'ailleurs le diagnostic d'actinomycose.

Malgré le traitement ioduré et 3 séances de radiothérapie profonde, la tumeur persiste.

Quand nous la voyons, la tuméfaction, qui siège à l'angle du maxillaire inférieur et envahit la région masséterine, se présente comme une plaque dure et indolore rendant l'ouverture de la bouche très difficile.

Au niveau de l'angle de la mâchoire on note la trace d'une fistule actuellement cicatrisée.

Le 22 mai 1928, par une incision arciforme sous-angulo-maxillaire, on excise tous les tissus scléreux qui envahissent le masséter et vont jusqu'à l'os. L'examen microscopique montre la présence dans les grumeaux de grains avec filaments. Les cultures anaérobies seules sont positives.

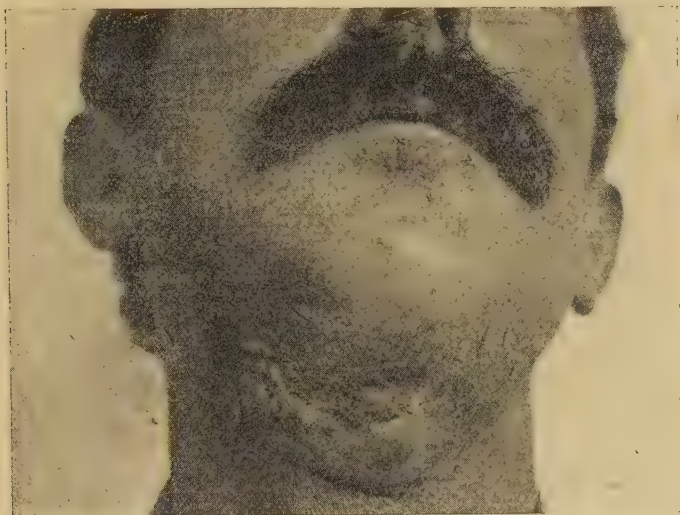
Le malade est revu en juin 1928 en bon état, présentant une très légère suppuration persistante. Il continue à prendre de la solution de Lugol par la bouche.

OBSERVATION INÉDITE N° 12 (Lecène)

Actinomycose de la région sous-mentale.

O... Arthur, 45 ans, vient consulter pour une tuméfaction sous-mentale. Le début de l'affection remonte à deux mois par un mal de dents ; progressivement la région sous-mentale augmente de volume ;

la peau reste normale pendant longtemps, quoiqu'un peu rouge. Une ponction faite alors ramène un peu de pus et par l'orifice que laisse le trocard il continue à s'écouler un peu de sérosité purulente. On ne note rien de spécial dans les antécédents. Le Wassermann est négatif.



Musée de l'Hôpital Saint-Louis

Fig. 4. — Actinomycose de la région sous-mentale (Observation n° XII).

A l'examen on constate dans la région sous-mentale une tuméfaction plus étendue du côté droit ; la peau est rouge, recouverte de quelques croûtelles jaunâtres. La palpation montre que cette tuméfaction est extrêmement dure ; ses limites sont assez nettes, surtout en bas ; elle est absolument indolore, immobile sur les plans profonds et sous la peau qui lui est adhérente. On ne note aucune adénopathie.

Opération 17 juin 1926 ; par une incision cruciale de la région sous-mentale on enlève un bloc de tissus infiltrés, lardacés qui contiennent des fongosités ; pansement à plat.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit sûrement d'une actinomycose : on note sur les coupes colorées au Gram des grains actinomycosiques.

Le malade sort le 24 juin 1926. Il est revu guéri en mai 1927 et la guérison s'est maintenue depuis (mai 1928).

OBSERVATION INÉDITE N° 13 (*Service du Pr Lecène*)

Nodule actinomycosique de la région cervicale simulant une adénite bacillaire fistulisée.

F..., 30 ans, entre le 27 septembre 1928 dans le service pour se faire enlever une tuméfaction cervicale fistulisée dont la nature actinomycosique a été antérieurement reconnue.

Il y a un an, en octobre 1927, apparaît dans la région sous-maxillaire une tuméfaction allongée que l'on considère comme une adénopathie d'origine dentaire. Une molaire gâtée est arrachée.

A quelque temps de là, la tuméfaction persistant, on pense à une adénopathie chronique, vraisemblablement bacillaire. On fait une petite incision suivie d'un drainage filiforme, car il y a un peu de pus.

Une fistule se forme. Six semaines plus tard, un prélèvement de pus permet de porter le diagnostic de mycose. Depuis lors, le malade prend de l'iodure (lugol) qui semble amener une rétrocession des phénomènes. Mais la fistule persiste et, de temps en temps, la région malade est le siège de poussées douloureuses. Le traitement est complété par des applications de pommade à l'iodex localement et par l'administration de sulfarsénol intraveineux et de stovarsol par la bouche. Une vaccination polyvalente est même essayée. A noter que le malade n'a jamais eu ni piqure ni plaie dans la région cervicale ; de son métier il travaille dans la laine teinte.

Nous voyons alors le malade qui présente à l'union de la région carotidienne et de la région sous-maxillaire du côté gauche un nodule induré du volume d'une noix, allongé transversalement, adhérent à la peau et un peu aux plans profonds. Au point le plus saillant existe un orifice fistuleux par lequel on peut faire sourdre une gouttelette de pus. Le pourtour de la fistule est violacé. Pas d'adénopathie carotidienne ni sous-maxillaire. L'examen buccal ne montre rien du côté du maxillaire qui n'est pas augmenté de volume ; les molaires inférieures sont toutes arrachées du côté gauche.

Connaissant la nature actinomycosique de l'affection de par l'affirmation du malade lui-même, nous jugeons nécessaire de pratiquer l'exérèse en bloc d'un nodule actinomycosique.

Opération : 27 novembre 1928. Anesthésie locale. Extirpation en bloc des téguments et des tissus inflammatoires jusqu'au muscle S. C. M. Les tissus sont infiltrés. Il est difficile de dire si le nodule a été parfaitement circonscrit et si l'on est passé en tissus absolument sains. Capitonnage aux crins ; drainage filiforme.

Pièce : au centre du nodule une cavité anfractueuse, grisâtre ; pas de grains jaunes visibles à l'œil nu.

Coupe histologique : actinomyces sur

Suites opératoires : cicatrisation rapide sans fistule. La cicatrice est un peu indurée à la partie basse. Pour plus de sûreté nous faisons faire plusieurs applications de rayon X. La cicatrice est désormais souple et le malade paraît à l'abri de toutes récidives (janvier 1929).

Dans ces quatre observations, le diagnostic d'actinomycose fut fait rapidement grâce aux recherches microscopiques.

Mais, à s'en tenir sur le terrain clinique, il reste un fait certain que l'actinomycose est souvent méconnue ou confondue avec des affections multiples. Certaines manifestations de la syphilis tertiaire ou de la tuberculose, certaines infections plus ou moins indéterminées, enfin quelques cancers sont susceptibles de mériter le nom de « fausses actinomycoses » (F. Lespignasse). J. B. New, dans une statistique portant sur 181 cas d'actinomycose de la tête et du cou, a relevé les principales erreurs commises. Par ordre de fréquence viennent les phlegmons chroniques d'origine dentaire, amygdalienne ou autre, puis les néoplasmes malins (adénopathie cancéreuse secondaire, lymphome malin, cancer Thyroïdien), enfin des affections diverses ; adénite tuberculeuse, fistule du tractus thyro-glosse, thyroïdite tuberculeuse. Pourtant le diagnostic microscopique fut toujours fait très précocement dans un délai variant de 2 jours à 2 semaines. Aux Etats-Unis l'actinomycose est une affection relativement fréquente ; en France elle est plus exceptionnelle, mais peut cependant se rencontrer, même à Paris, soit que la contamination se soit produite sur place (cas d'actinomycose pulmonaire d'Hudelo et de Massary), soit que, contracté à la campagne, la mycose se révèle longtemps après en clientèle citadine.

Les médecins de l'H. Saint-Louis voient chaque année des cas d'actinomycose, comme en témoignent les observations

publiées (Hudelo, Gougerot, Janselme, Ravaut, etc...). Depuis la guerre M. Lecène a eu l'occasion d'opérer dans son service huit cas d'actinomycose dont 4 représentaient des variétés rares qui ont fait l'objet d'une thèse très intéressante (Bonnerot, 1924).

La conclusion à tirer de ces faits c'est qu'il faut suspecter l'actinomyces et le rechercher dans toutes les tuméfactions inflammatoires chroniques ou subaiguës accompagnées ou non de fistulisation tenace et récidivante (Mattson).

Tout en accordant aux signes (cliniques de l'actinomycose la valeur qu'ils n'ont jamais cessé d'avoir, il faut chercher à contrôler son diagnostic par tous les moyens actuellement en notre pouvoir. Nous verrons qu'un examen microscopique qui ne montre rien doit être tenu pour suspect et bien loin de faire rejeter l'actinomycose il doit encourager à chercher la preuve du mycétome par de nouveaux prélèvements. En cas d'infection mixte par exemple il faut bien savoir que le parasite est toujours très difficile à découvrir.

*
**

Nous ne reviendrons pas sur la possibilité d'erreurs de diagnostic entre *phlegmon ligneux* et actinomycose cervicale ; le laboratoire est seul qualifié pour trancher dans la plupart des cas. La notion d'une cause déterminante telle qu'une carie dentaire ou une amygdalite retrouvée dans les antécédents oriente toutefois le diagnostic vers une infection cellulaire banale ou un adéno-phlegmon. Dans 2 de nos observations le mauvais état de la dentition fit penser au début à une inflammation d'origine dentaire ; dans un cas un traitement fut institué dans ce sens (avulsion de 2 dents) ; de même dans l'observation de Hudelo, Motlaur et Mornet et celle de Gay et Palouraud où une incision sous-maxillaire fut faite dans l'espoir de trouver une collection purulente. L'évolution démontra qu'il s'agissait en réalité d'actinomycose.

Nous rapportons une observation tout à fait caractéristique d'actinomyose cervico-faciale évoluant chez un enfant, où les lésions du maxillaire firent porter au début le diagnostic d'ostéomyélite de cet os ; l'évolution démontra la nature actinomycosique des lésions.

OBSERVATION INÉDITE N° 14 (G. Huc)

Actinomyose cervico-faciale avec lésions ostéitiques du maxillaire inférieur.

Vol... Raymonde, 6 ans. Enfant amenée le 9 mars 1925 pour une tuméfaction violacée intéressant la région cervico-faciale droite depuis l'arcade zygomatique en haut jusqu'à l'os hyoïde en bas, tuméfaction empiétant sur la région parotidienne en arrière et s'arrêtant verticalement en pleine joue en avant et le long du masséter. Cette tuméfaction s'étend sur la branche horizontale du maxillaire jusqu'à la hauteur de la canine droite inférieure.

L'angle de la mâchoire (très peu visible d'ailleurs) est encadré de trois fistules : une en arrière de l'angle, les deux autres sous-jacentes au bord inférieur. Une quatrième fistule siège en avant du sterno-cléido-mastoïdien à la hauteur de l'os hyoïde au pôle inférieur de la tuméfaction. Par les fistules s'écoule un pus crémeux, blanchâtre, sans grains jaunes.

L'histoire de la malade est la suivante : les lésions ont débuté il y a cinq mois environ, évoluant à bas bruit, sans poussées thermiques, sans grande modification de l'état général. Quelques douleurs à l'occasion de la mastication surtout, mais pas d'exacerbations importantes empêchant le sommeil.

Le diagnostic posé a été celui d'*ostéo-périostite du maxillaire*, car la tuméfaction paraissait avoir débuté à la hauteur des molaires. Un stomatologiste (D^r Robin) a soigné les dents en particulier « la dent de six ans », fortement cariée. La périostite semblant gagner malgré les soins et l'état relativement convenable de la dentition, l'enfant est « passée » au service de chirurgie comme « *phlegmon ligneux* ». Aucun autre antécédent pathologique mérite d'être retenu.

Un examen plus complet de la tuméfaction montre que son caractère clinique dominant, en dehors de son évolution lente et de sa couleur violacée, est l'infiltration dure de tous les tissus, peau comprise ; il est impossible de distinguer à la palpation les éléments constitutifs de cette tuméfaction ; le bord inférieur du maxillaire est impossible à

apprécier et l'angle de l'os est noyé dans une gangue qui ne permet pas d'en déterminer les contours. Il n'existe ni zone de fluctuation, ni zone d'épaississement plus marqué ; la sensation dure est uniforme et ses limites ne peuvent être précisées. Pas d'adénopathie de voisinage ; peau à peine plus chaude que normalement.

L'examen de la bouche montre une tuméfaction arrondie effaçant le sillon gengivo-buccal, mais celui-ci existe encore. Les dents sont en bon état. Pas de plaie de la joue ni de la gencive.

L'idée première devant cette tuméfaction est celle d'une *actinomycose cervico-faciale* (un traitement ioduré avait été tenté dans le service de stomatologie, mais après une phase d'amélioration la thérapeutique médicale semblait avoir échoué).

Un *examen bactériologique* est négatif pour toutes les recherches de mycose. Le pus paraît constitué de microbes banaux avec prédominance très marquée de staphylocoques. Pas d'anaérobies. On pose donc le diagnostic d'ostéomyélite de la mâchoire avec infiltration ligneuse du tissu cellulaire au voisinage.

Une *radiographie* montre l'existence d'un maxillaire un peu épaissi, mais la réaction périostique semble beaucoup moins marquée qu'il était possible de le croire à l'examen clinique.

Par contre le germe dentaire de la 2^e molaire inférieure donne une image particulièrement noire et sa capsule (ou sa loge) n'est pas régulièrement arrondie. Ses contours sont polycycliques constituant des logettes annexées à la loge principale.

L'enfant est mise 8 jours en observation ; la température oscille au voisinage de 38° ; l'état général est bon ; pas de pus par la bouche.

Opération le 16 mars 1925.

Incision en L à l'angle de la mâchoire passant au niveau des fistules.

Les tissus lardacés laissent écouler une sérosité claire. On tombe sur un os épaissi en masse, présentant sur sa surface dénudée à la rugine un piqueté hémorragique ; une fistule conduit vers la branche horizontale.

On entame très facilement l'os à la curette au niveau du tissu spongieux de l'angle du maxillaire qui présente des logettes, du volume d'un pois, remplies de pus crémeux ; le trajet fistuleux conduit sur la capsule de la 2^e molaire que l'on extrait. Cette dent a l'aspect d'un séquestre. Sa loge est curettée. On laisse largement ouvert.

Suites opératoires : Dans les trois semaines qui ont suivi l'intervention l'amélioration est lente et très peu sensible. La malade dit souffrir moins.

A l'occasion d'un pansement on trouve des *grains jaunes* dans le pus et la recherche de l'actinomycose est cette fois parfaitement positive. On institue un traitement ioduré assez intense ; localement pansements à la solution iodo-iodurée.

Après un mois de traitement la malade sort de l'hôpital à peu près complètement guérie. Toute tuméfaction a disparu, les fistules sont tarries ; les téguments sont encore légèrement infiltrés à l'angle de la mâchoire.

La malade n'a pas été revue.

En résumé : Actinomycose infectée, ostéomyélite secondaire entretenue par le séquestre dentaire. Celui-ci enlevé, la maladie guérit par traitement ioduré.

De cette observation il faut rapprocher l'observation n° 8 où malgré l'apparence d'actinomycose il s'agissait d'une ostéomyélite du maxillaire fistulisée. Cette dernière observation montre qu'aux lésions actinomycosiques peuvent s'adjoindre des lésions ostéomyélitiques qui ne sont pas pour faciliter le diagnostic. Chez l'enfant en particulier la distinction radiologique d'un germe dentaire sain et d'un germe dentaire infecté est d'une difficulté toute particulière.

★ ★

Une autre cause d'erreurs à une période plus avancée de la maladie, c'est la ressemblance avec une *tumeur maligne*, surtout si celle-ci a pris un aspect pseudo-inflammatoire. L'actinomycose présente en effet des signes de malignité apparente : dureté, infiltration, immobilité, qui justifient cette confusion. L'absence de signes de compression, l'évolution lente sans adénopathie, le jeune âge parfois et surtout la conservation d'un bon état général doivent cependant inciter à se méfier du diagnostic de néoplasme malin. Pourtant la nature exacte de l'affection n'est le plus souvent confirmée qu'après l'examen histologique ; on est tout surpris de ne découvrir que des lésions d'inflammation banale : sclérose conjonctive sans dégénérescence cellulaire, dont il reste à prouver la nature mycosique. Dans 2

observations du Professeur Gougerot (fausses actinomycoses. Lespinasse) la biopsie seule permet de faire un diagnostic exact. A titre d'exemples, nous résumerons deux observations où les diagnostics portés furent ceux d'épithéliomas ganglionnaires. L'intervention dans un cas, l'évolution dans l'autre montrèrent qu'il s'agissait en réalité de vraies tumeurs actinomycosiques.

OBSERVATION n° 15 (*Ch. Viannay, Lyon Chirurgical, 1908*)

Tumeur actinomycosique du cou.

Un homme de 49 ans présente, depuis 2 mois, dans la région carotidienne droite au-dessous et en arrière de l'angle de la mâchoire, une tumeur du volume d'un marron d'inde, adhérente au muscle sterno-cléido-mastoïdien, à la peau et aux organes profonds, de consistance dure et indolore. Sur le diagnostic d'*épithélioma ganglionnaire* V. intervient et extirpe très largement la tumeur. Guérison rapide. L'examen de la pièce montre une masse de tissu lardacé, présentant au centre une cavité remplie de pus, parsemée de grains jaunes dans lesquels l'examen bactériologique montre les massues caractéristiques de l'actinomycoses.

OBSERVATION n° 16. *Actinomycose cervico-faciale* (Gaillet et Patouraud
Société de Chirurgie de Lyon, juillet 1912)

Il s'agit d'une tuméfaction dont le début brusque a simulé un adénophlegmon sous-maxillaire, mais à l'intervention, on ne trouve que des tissus lardacés. Plus tard on pense à un néoplasme de l'isthme du gosier avec *adénopathie cancéro-inflammatoire*, mais l'induration particulière des bords de la plaie et l'apparition de petits bourgeons violacés font penser à l'actinomycose. Les recherches bactériologiques restent négatives, par contre le traitement ioduré est suivi d'une amélioration rapide.

★★

L'erreur inverse, qui consiste à croire à une actinomycose alors qu'il s'agit en réalité d'un cancer, peut être commise. La conséquence est d'ailleurs plutôt favorable, si, mettant tout en œuvre pour dépister le parasite, l'incision exploratrice et la biopsie sont faites sans plus tarder.

La lecture des coupes permet alors un diagnostic immédiat et le traitement ioduré reconnu ainsi inutile n'est pas prolongé inutilement. Nous rapportons plus loin 3 observations où l'aspect de la tumeur nous avait fait suspecter l'actinomycose alors qu'il s'agissait, en réalité, d'un mycosis fongoïde dans un cas, d'un épithélioma secondaire infiltré dans le deuxième, d'un lymphosarcome enfin dans le 3^e cas (obs. XIX, obs. XXI, obs. XXII).

*
**

L'actinomycose cervico-faciale est encore susceptible d'être simulée par la *syphilis tertiaire des ganglions* du cou et la *tuberculose ganglionnaire* avec péri adénite surajoutée. Nous étudierons ces affections dans un chapitre spécial.

*
**

Pour nous résumer nous dirons que l'actinomycose, en réalisant au niveau du cou une infiltration cellulaire pseudo-tumorale, ne peut cliniquement être distinguée d'un certain nombre d'affections, les unes inflammatoires banales ou spécifiques, les autres néoplasiques. La *biopsie* s'impose dans tous les cas : si celle-ci ne montre pas d'emblée au microscope les aspects caractéristiques d'une tumeur maligne ou d'une inflammation tuberculeuse ou syphilitique, on s'attachera à découvrir la mycose vraisemblablement responsable.

Dans les cas sans réponse le *traitement* d'épreuve à l'iode ou l'iodure ne devra pas être négligé dans l'intérêt du malade et du diagnostic.

*
**

Nous n'insisterons pas sur l'évolution et le pronostic de l'actinomycose cervicale qui sortent du cadre de notre étude. Cependant nous noterons l'évolution la plus souvent

favorable. Quel que soit le mode de traitement appliqué ; iodure, röntgenthérapie, radiumthérapie, une proportion de guérisons très satisfaisante fait de l'actinomyose cervico-faciale une forme vraiment favorable de cette affection. Bergmann sur 35 malades a obtenu 35 guérisons. Les statistiques américaines fournissent une mortalité de 11 % seulement pour l'actinomyose cervico-faciale, alors qu'elle atteint 71 et 83 % dans les actinomyoses thoraciques et abdominales. Il faut en chercher la raison dans la rareté de la généralisation au cours de la forme cervico-faciale ; les *métastases* sont en effet ici exceptionnelles alors qu'elles sont particulièrement fréquentes dans les localisations pulmonaires. Dans 2 observations d'actinomyose métastatiques rapportées dans la thèse de Bonnerot, il existait, dans un cas, un point de départ thoracique manifeste ; dans l'autre la localisation aux muscles abdominaux ne put fournir sa preuve, quoiqu'il y eût tout lieu de penser à une embolisation par voie sanguine, dont le point de départ resta indéterminé (M. Lecène).

Si dans les localisations cervicales les métastases sont l'exception, l'*extension* est la règle, et l'on conçoit que gagnant de proche en proche, l'actinomyose puisse envahir en profondeur le pharynx et le larynx (Bertha, Boström, Israël) ou atteindre le médiastin (Van den Wildenberg) exactement comme le phlegmon ligneux de Reclus.

Signalons la possibilité du développement d'un *cancer* sur des lésions actinomycosiques. Hedry, dans 2 cas, a pu mettre en évidence la présence de grains jaunes dans le pus écoulé de fistules, alors que la biopsie révélait simultanément l'existence d'un épithélioma pavimenteux.

Quant à l'*infection secondaire*, il est difficile de dire si elle doit être considérée comme une complication ou comme marchant de pair avec le développement du parasite. L'importance de la flore microbienne peut varier et si dans certains cas elle reste atténuée, dans d'autres elle peut donner un caractère phlegmoneux à l'affection. Peut-être faut-

il accuser les microbes associés de favoriser les métastases par l'envahissement lymphatique qu'ils provoquent et de contribuer à la résistance particulière de certaines formes d'actinomycose au traitement ioduré.

3°) Cellulites cervicales chroniques spécifiques

LE SYNDROME DE PÉRITHYROIDITE CHRONIQUE LIGNEUSE

Parmi les infiltrations cellulaires de dureté ligneuse et à évolution lente, il faut faire une place à part à la *thyroïdite chronique ligneuse*, dite *maladie de Riedel*. Il ressort d'une étude récente (G. et R. Monod) basée sur l'analyse de trois observations dont l'une a pu être suivie par nous alors que nous étions externe dans le service du P^r Lecène, que cette prétendue thyroïdite mérite plutôt d'être considérée comme une cellulite cervicale, à point de départ péri-trachéal, envahissant le corps thyroïde au même titre que les tissus cellulo-conjonctifs qui entourent la trachée. La preuve en est fournie par les données anatomo-pathologiques très complètes qui accompagnent ces trois observations.

Macroscopiquement (autopsie unique, Lecène) le corps thyroïde n'est pas seul envahi. Il fait partie d'un bloc lardacé, homogène, qui englobe tous les organes cervico-médiastinaux autour du conduit laryngo-trachéal, au point que d'un côté il est impossible de distinguer les muscles, le corps thyroïde et le paquet vasculo-nerveux. Le médiastin antérieur est infiltré par la masse, jusqu'au bord supérieur du péricarde, traduisant la coulée cellulaire.

La trachée est le siège de lésions très nettes, épaississement de la paroi, ulcération muqueuse par place, depuis la sous-glottte jusqu'à la bifurcation bronchique.

Microscopiquement, le tissu thyroïdien est remplacé par un tissu de sclérose inflammatoire ; l'élément glandulaire

est étouffé et non détruit ; il n'existe pas de lésions propres du tissu glandulaire comme le prouve la possibilité de découvrir sur les coupes des îlots sains et même des aspects de foyers adénomateux compensateurs ; (constatations faites par Delore, confirmées par M. Lecène, retrouvées par B. Shaw et Smith). Cette compensation explique d'ailleurs l'absence de signes de myxœdème habituelle dans ces cas, sauf à l'état frustré (Dutheillet de la Mothè).

L'infiltration du tissu cellulo-conjonctif de la glande apparaît donc bien comme une étape du processus à point de départ vraisemblablement trachéal, au même titre que l'englobement du paquet vasculo-nerveux carotidien, des muscles sous-hyoïdiens, du tissu cellulaire médiastinal, des espaces cellulo-conjonctifs enfin qui l'entourent.

Si la notion de lésion trachéale est rendue certaine par les constatations nécropsiques (Lecène), opératoires (fongosités trachéales, Poncet ; sténose sous-glottique, Lecène ; anneaux trachéaux confondus avec la tumeur, Sébilleau), laryngoscopiques (Lecène, Sébilleau, S'latschek, Riedel) et les présomptions cliniques : enrrouement, gêne respiratoire (Delore, Ricard), si ces lésions anatomiques trachéales semblent bien être le point de départ de la maladie et non de simples manifestations épisodiques secondaires, il est beaucoup plus difficile d'affirmer la nature étiologique de l'affection. Pourtant G. et R. Monod arrivent à la conviction qu'il s'agit très probablement d'une sorte de *syphilome laryngo-trachéal* accompagné de cellulite diffuse secondaire. Ils basent leur conception sur la notion de syphilis fréquemment mise en évidence dans les observations connues. Sur les 15 observations analysées dans leur thèse, 6 fois la syphilis a été mise en cause ou en question (Poncet et Leriche, 1 fois ; Sébilleau, 2 fois ; R. Monod, 1 fois ; Lecène, 2 fois). Dans une nouvelle observation (D. de la Mothè), une masse ligneuse encerclant le cou comme un collier et s'accompagnant de phénomènes dyspnéiques fut améliorée par le traitement anti-syphilitique, alors qu'il

s'agissait d'un garçon de 17 ans, chez qui ni antécédents ni stigmates ne permettaient cependant d'affirmer la syphilis. Bérard et Dunet rapportent dans leur ouvrage sur le cancer thyroïdien une observation superposable. Il s'agissait d'un homme de 49 ans, dont les accidents dyspnéiques cédèrent au traitement anti-spécifique pratiqué sur la seule indication du Wassermann positif. En trois mois la tumeur disparut complètement.

D'autre part il est avéré que la syphilis est la grande cause des lésions chroniques de la trachée; en particulier de la sous-glotte, avec tendance à la sténose (Lecène).

Dans la maladie de Riedel type la cause de l'inflammation chronique primitive de la glande thyroïde reste inconnue. On a pu l'attribuer à une infection banale, staphylococque peut-être (Tailhefer). La syphilis et la tuberculose sont admises comme causes susceptibles d'être invoquées parfois (Delore et Alamartine). Pourtant la spécificité ne peut être niée sur le simple résultat négatif de Wassermann (Riedel, Silatschek). On sait que cette réaction n'a pas une signification absolue dans le tertiariisme. La biopsie elle-même n'est pas caractéristique et montre des lésions de sclérose inflammatoire banale. La recherche de spirochètes sur les coupes est également infructueuse. La rareté de la découverte des parasites dans les lésions tertiaires est bien connue.

De l'avis de G. et R. Monod, la syphilis étant susceptible à coup sûr de créer des syndromes anatomo-pathologiques superposables à ceux de la maladie décrite par Riedel, il n'y a pas lieu de dissocier des cas identiques. On peut dire « qu'il y a les plus grandes probabilités pour que la syphilis soit la cause la plus fréquente de la maladie de Riedel ». Signalons toutefois que, de l'étude de 6 cas, B. Shaw et R. P. Smith éliminent cependant cette cause au même titre que la tuberculose et rapprochent l'affection de l'atrophie fibreuse des surrénales qui peut coexister avec la maladie de Riedel.

Des faits certains restent néanmoins acquis. Il existe fréquemment dans la maladie de Riedel des *lésions trachéales importantes* qui peuvent avoir des conséquences fatales (mort subite, 3 fois sur 15 : Riedel 1 cas, Lecène 2 cas).

La syphilis est donc susceptible de *réaliser le syndrome*, d'où la nécessité d'y penser, de la rechercher et de la traiter. La constatation de lésions du conduit laryngo-trachéal constituera un des éléments essentiels du diagnostic. L'épreuve thérapeutique spécifique pourra favorablement l'appuyer. A noter que l'affection se rencontre le plus souvent chez la femme : 6 cas sur 6. (B. Shaw et Smith).

*
**

Le diagnostic se pose le plus souvent avec le *cancer thyroïdien* (Sébileau, Poncet et Leriche, P. et R. Monod, Shaw et Smith), Ricard dans une discussion à la Société de Chirurgie, en 1901, a bien montré que l'allure clinique est celle du carcinome : « Mais, disait-il, cette tumeur qui récidive peu ou pas après l'ablation, cette tumeur que des histologistes compétents (Brault, Letulle) déclarent être essentiellement fibreuse, qui, dans certaines observations, a même régressé après des ablations partielles, ne se comporte pas absolument comme une tumeur maligne ».

Il est possible, d'autre part, à une phase pas trop avancée de la maladie, d'affirmer le siège thyroïdien d'une tumeur tant que cette dernière n'a pas dépassé la capsule thyroïdienne. La solidarité laryngo-thyroïdienne au cours des mouvements de déglutition est l'élément le plus précieux du diagnostic. Plus tard, à la phase de diffusion extra-capsulaire, la tumeur thyroïdienne perd toute mobilité ascensionnelle, la forme devient méconnaissable à cause du volume et la solidarité laryngo-trachéale étant encore plus intime, c'est le conduit respiratoire qui perd toute mobilité quand on y immobilise la glande (Berard et Dunet). Ce dernier symptôme serait un excellent signe différentiel d'une

tumeur diffuse thyroïdienne, car jamais une adénopathie cancéreuse primitive ou secondaire, ni un branchiome malin ne peuvent malgré leur développement réaliser l'immobilisation définitive du conduit laryngo-trachéal. Seule une tumeur thyroïdienne maligne par sa disposition en fer à cheval peut réussir à le bloquer pareillement. En outre l'absence d'adénopathie, le jeune âge et le bon état général permettent de se méfier du diagnostic de tumeur maligne. En cas de doute il faut pratiquer une biopsie, mais même à l'incision des tissus le diagnostic peut rester hésitant et il faut recourir à l'examen histologique.

D'autres fois le diagnostic d'impression est le diagnostic d'une *cellulite cervico-médiastinale* (Lecène), à laquelle l'affection ressemble étrangement. Dans le cas de Dutheillet de Lamothe, il y eût un mois après le début une fistulisation, ce qui, dans pareil cas, doit compléter la ressemblance avec un phlegmon ligneux péri-laryngo-trachéal, qu'il soit consécutif à un abcès du larynx, à une fistule branchiale infectée (Pulleine) ou à toute autre cause. L'existence de troubles vocaux et de dyspnée doivent orienter l'examen vers la trachée, ces accidents ne devant pas simplement être imputés à la compression. *L'examen laryngoscopique et trachéoscopique* seront le plus souvent révélateurs de l'élément essentiel du diagnostic et aussi du pronostic, car on n'oubliera pas que « la partie la plus grave se joue au niveau de la trachée ».

Quant à la *biopsie*, elle n'a pas une valeur absolue. Si elle permet d'éliminer le cancer, elle se trouve en général insuffisante pour départager ce qui appartient à la syphilis ou à la tuberculose. Favre et Savy ont montré que les formations gommeuses peuvent être difficiles à différencier des zones de caséification tuberculeuse. Quant à l'infiltration diffuse et aux modifications secondaires qu'elle imprime au stroma et aux éléments nobles, rien ne permet de les rapporter à l'une plutôt qu'à l'autre de ces affections. La recherche des spirôchètes et du bacille de Koch sur les cou-

pes est le plus souvent négative ; c'est avant tout l'existence de lésions trachéales et sur l'influence parfois surprenante du traitement d'épreuve qu'on étayera le diagnostic de péri-thyrodite ligneuse de nature syphilitique.

Donc, en présence d'une infiltration cellulaire ligneuse, envahissant électivement le corps thyroïde, il faut penser avant tout à la syphilis acquise et héréditaire et mettre tout en œuvre pour en faire la preuve, en particulier par le traitement mixte. Plus rarement la tuberculose du corps thyroïde fournira un syndrome ligneux analogue (Tixier et Savy). En l'absence de preuves authentiques de bacilliose : follicules tuberculeux à la coupe, inoculation au cobaye positive, il y a toujours intérêt à soumettre le malade au traitement anti-syphilitique. Exceptionnellement il s'agira d'une *actinomyose primitive* du corps thyroïde (Köhler, Ramadier). Dans le cas de Köhler la maladie s'accompagnait de signes de myxœdème assez prononcé ; dans celui de Ramadier, une jeune fille présentait une tumeur thyroïdienne dure, adhérente à la peau, dont l'évolution rapide et sans fièvre avait fait penser tout d'abord à un cancer thyroïdien ; il n'y avait pas d'adénopathie. Bientôt la tumeur avait pris un aspect phlegmoneux qui sembla nécessiter une incision. L'examen du pus permit alors de découvrir la nature actinomycosique de l'affection. Un traitement iodé, suivi d'application de Rayons X, eut raison de la maladie qui, malgré une récurrence locale, guérit complètement avec un résultat esthétique parfait et sans symptômes d'insuffisance thyroïdienne (Raoul Sommeire). Quand l'actinomyose du corps thyroïde est secondaire à une localisation cervico-faciale, la coexistence de trismus, l'aspect poly-fistuleux, la présence de grains jaunes, rendent le diagnostic beaucoup plus aisé.

Il nous faut déduire de ces faits, en l'absence d'étiologie nette, et si tous les examens biologiques, histologiques et bactériologiques restent négatifs, qu'il est nécessaire de penser à une mycose et de la rechercher : ,,,

SYPHILIS DES GANGLIONS DU COU

La *syphilis tertiaire des ganglions du cou* peut, dans certains cas, réaliser un aspect identique à celui de l'actinomyose ou du phlegmon ligneux. Les gommes ganglionnaires groupées en paquets forment une masse bosselée, irrégulière, dure, adhérente aux organes voisins et à la peau. La péri-adénite infectieuse surajoutée peut donner à l'ensemble un aspect inflammatoire qui simule une *cellulite chronique banale*. Des observations de ce genre ne sont pas fréquentes. On conçoit qu'au début de l'affection, avant que les gommes ne se ramollissent et n'ulcèrent la peau, le diagnostic peut être difficile. Même au stade d'ulcération on peut confondre l'affection avec une péri-adénite bacillaire fistulée. L'observation que nous rapportons en fournit une preuve. Par ailleurs, nous avons pu nous rendre compte, au cours de visites faites à l'hôpital maritime de Berck, que fréquemment les adénites spécifiques sont confondues avec des adénites bacillaires et envoyées pour traitement hélio-marin. La fréquence relative de ces erreurs implique la nécessité de la recherche des stigmates de spécificité héréditaire et de la réaction de Bordet Wassermann. En cas de doute le traitement d'épreuve peut avoir une action rapide quand il s'agit de syphilis ganglionnaire.

OBSERVATION INÉDITE N° 17 (G. Hue)

Syphilis ganglionnaire du cou avec péri-adénite ayant simulé un phlegmon ligneux.

S... Charles, 12 ans, est envoyé dans le service du P^r Ombrédanne, parce qu'il ne peut supporter l'hospitalisation à Berck. A son arrivée, il présente un état général extrêmement grave.

Les lésions locales consistent en :

1°. Ostéo-arthrite de l'épaule gauche avec lésion de l'humérus, de l'omoplate et de la clavicule : fistules multiples.

2° Ostéo-arthrite du coude gauche polyfistulisée.

3° Ostéite du maxillaire inférieur du côté gauche surtout marquée au niveau de l'angle.

4° Ostéites costales intéressant les six premières côtes gauches à leur partie moyenne.

5° Adénites multiples fistulisées au cou et à la nuque du côté gauche.

L'enfant présente une cinquantaine de plaies ou de fistules s'étendant depuis la face jusqu'à la crête iliaque ; les muscles sont complètement atrophiés, le squelette profondément modifié. Au niveau de l'omoplate, de la clavicule et de l'humérus il y a eu des éliminations de séquestres tel que la plus grande partie de l'omoplate a disparu, l'extrémité externe de la clavicule est rongée, il n'y a plus trace de tête humérale ni de ses tubérosités.

Cette affection dure depuis sept ans environ ; l'ostéite de la clavicule semble être le phénomène initial. L'enfant est très amaigri, pâle, sans appétit ; sa température présente de grandes oscillations. Il n'accuse pas de douleurs spontanées, sauf pendant les pansements.

Huit jours après son entrée à l'hôpital d'Antony (décembre 1925), il s'établit progressivement une infiltration des téguments et de tous les tissus autour des fistules d'adénite cervicale. Elle s'étend aussi à toute l'épaule et même à l'aisselle du même côté. Les limites sont imprécises ; il y a peu de chaleur locale. Les téguments sont lie de vin. Le diagnostic de phlegmon ligneux paraît s'imposer. L'état de l'enfant semble désespéré ; grosse albuminurie.

On tente une vaccination prudente (vaccin polyvalent) ; cette vaccination semble sans effet sur l'état local, mais l'état général s'améliore légèrement. Une incision dans une zone particulièrement tuméfiée à la partie moyenne du cou ne donne qu'un peu de sérosité. L'examen bactériologique montre une flore riche où staphylocoques et streptocoques dominent.

La situation demeure à peu près stationnaire pendant 3 mois, jusqu'au jour où l'on essaie un traitement mixte arsenical et hydrargyrique. (Le début par ostéite claviculaire, qui, aux dires de Ménard, est toujours d'origine syphilitique, avait servi de point de départ à cette thérapeutique). Six semaines après le début du traitement spécifique les phénomènes régressent ; en deux mois toute l'infiltration a disparu et les fistules se ferment ; l'état général est meilleur chaque jour ; les foyers d'ostéite eux-mêmes finissent par guérir après un an de traitement et leur guérison persiste depuis.

En résumé, il s'agissait d'ostéites et d'adénites syphilitiques avec infection secondaire ayant pris l'allure de phlegmon ligneux. Seul le traitement spécifique a pu amener la guérison.

Les gommes syphilitiques du ganglion du cou peuvent également simuler l'*actinomyose*. Gougerot et Clara ont rapporté une observation de syphilis du maxillaire que l'on peut en rapprocher et qui avait été prise et traitée comme une *actinomyose*. Nous avons déjà vu que le Wassermann n'a pas plus de valeur absolue, que le traitement d'épreuve en ce qui concerne le diagnostic entre syphilis et mycose : « L'amélioration manifeste due au traitement mixte : iode plus iode, arsenic plus iode, peut faire porter à tort le diagnostic soit d'*actinomyose*, soit de syphilis. On ne peut avoir de certitude qu'après avoir éliminé par le laboratoire la présence d'une mycose ». A la période de fistulisation ou d'ulcération il est plus facile de distinguer ces deux affections. Les fistules *actinomycosiques* s'ouvrent au fond de cratères ou au sommet d'élevures, elles n'ont jamais les bords aussi à pic que les ulcérations spécifiques.

TUBERCULOSE DES GANGLIONS DU COU

La tuberculose des ganglions du cou avec péri-adénite peut se présenter sous forme d'une masse unique de ganglions fusionnés, ici dure, là ramollie, en d'autres points déjà fistulisée. Cette poly-adénite tuberculeuse suppurée peut se confondre avec l'*actinomyose*. En général, on hésite peu étant donné la fréquence de la tuberculose. Toutefois le diagnostic mérite d'être discuté dans certains cas et exige faute de stigmates ou d'autres manifestations de la tuberculose (gommes, spina-ventosa) des recherches complémentaires : celles de l'*actinomyose* (biopsie et culture) et celle de la tuberculose (inoculation au cobaye).

OBSERVATION RÉSUMÉE N° 18 (Gougerot)

Tuberculose ganglionnaire simulant une *actinomyose* cervico-faciale.

Sénégalais, 30 ans, présente dans la région jugale et carotidienne une infiltration ligneuse faisant corps avec le maxillaire inférieur. Cette masse est ulcérée. La radiographie ne montre aucune lésion os-

seuse. Les recherches pour l'actinomyces sont négatives. Deux inoculations sont nécessaires pour tuberculiser le cobaye. L'iodure, l'arsenic et la radiothérapie n'avaient donné aucun résultat net.

Plus exceptionnellement, un ganglion tuberculeux entouré d'une gangue épaisse peut simuler une *tumeur maligne*. Nous résumons l'observation d'un cas de ce genre où l'idée de branchiome s'était présentée à l'esprit. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait de tuberculose ganglionnaire.

OBSERVATION INÉDITE N° 19 (*Lecène*)

Tuberculose ganglionnaire prise pour un branchiome.

A...; homme de 30 ans, voit se développer, au début de janvier 1927, dans la région sous-angulo-maxillaire, un petit nodule qui grossit rapidement et s'accompagne de névralgies auriculaires et mastoïdiennes.

A l'examen on note une tuméfaction située derrière l'angle de la mâchoire, adhérente au sterno-cléido-mastoïdien, à la peau, à l'os. Elle remonte jusqu'à mi-distance de la branche montante du maxillaire et descend jusqu'à la grande corne de l'os hyoïde. Sa consistance est ferme ; sa surface irrégulière ; son immobilité absolue. On perçoit quelques petits ganglions cervicaux sous-jacents légèrement augmentés de volume.

Etant donné l'absence d'antécédents bacillaires, le diagnostic hésite entre un branchiome et une tuberculose ganglionnaire.

Opération le 23 mai 1927 ; la tumeur est extirpée ; à la coupe microscopique on éprouve les mêmes difficultés pour trancher entre une tumeur ou une tuberculose ganglionnaire.

L'examen microscopique confirme ce dernier diagnostic.

*
**

Ces différentes observations démontrent bien que le diagnostic des adénopathies tuberculeuses avec péri-adénite n'est pas toujours évident ; il est quelquefois nécessaire d'écarter la possibilité d'un phlegmon ligneux, d'une mycose, plus rarement celle d'une tumeur maligne. Syphilis et tuberculose ganglionnaires doivent enfin être distinguées l'une de l'autre, soit par la clinique, soit par les recherches biologiques, bactériologiques et l'épreuve du traitement.

B. NÉOPLASMES MALINS

A côté des cellulites chroniques ligneuses dont nous avons étudié les différentes modalités et dont nous avons vu les difficultés de diagnostic, il faut faire une place importante aux *néoplasmes infiltrants du cou*. Ceux-ci peuvent, dans certaines conditions, réaliser un aspect typique de phlegmon ligneux ou d'actinomyose cervicale, que les examens histologiques seuls permettent de distinguer. L'importance d'un diagnostic précis ne saurait échapper, tant au point de vue des conséquences thérapeutiques que du pronostic essentiellement variable suivant les cas. La règle impérative, qui consiste à pratiquer toujours l'incision exploratrice, est particulièrement valable quand il y a tout lieu de suspecter une néoplasie maligne. Celle-ci peut se développer aux dépens des éléments lymphatiques du cou, aux dépens des tissus glandulaires de la région (glandes salivaires et corps thyroïde), aux dépens enfin de reliquats branchiaux. Nous allons voir comment dans certaines conditions ils entraînent un problème diagnostique des plus délicats.

TUMEURS MALIGNES CERVICALES D'ORIGINE LYMPHATIQUE

Dans le diagnostic différentiel d'une tuméfaction infiltrante et ligneuse du cou il ne saurait entrer en ligne de compte certaines néoplasies, telles que les *lymphadénomes*. Ces affections se présentent sous forme de masses bosselées, lisses, de dureté élastique, dont l'origine ganglionnaire ne fait aucun doute. La présence de tuméfactions analogues dans les autres territoires lymphatiques de l'organisme permet de les reconnaître aisément. Il importe toutefois de pratiquer un examen du sang qui permettra de ne pas passer à côté d'une leucémie lymphatique.

Les sarcomes du cou, presque toujours des *lympho-sarcomes*, ne prêtent généralement guère non plus à confusion. La tumeur se présente comme une masse bosselée, de consistance irrégulière plus ou moins immobile en profondeur, refoulant les organes adjacents et la peau plus qu'elle ne les envahit, et se développant rapidement. Cet aspect, assez caractéristique, coïncide d'ailleurs avec une altération sévère de l'état général. Mais, dans certains cas, le diagnostic n'est pas toujours aussi évident. La tuméfaction qui a pris un développement particulièrement rapide et s'accompagne de fièvre, ainsi que de rougeur de la peau, peut être prise pour un phlegmon banal et incisée ou ponctionnée. Au lieu de pus, ce sont des fongosités néoplasiques ou de la sérosité purulente que l'on découvre. L'évolution ne tarde d'ailleurs pas à aboutir à la mort au milieu d'un tableau caractéristique.

Quelquefois l'infiltration des tissus peut d'emblée égarer le diagnostic. Nous rapportons l'observation d'un homme suivi par nous, à l'hôpital Beaujon dans le service du D^r Souligoux. Ce malade était atteint d'un sarcome d'origine lymphatique, à point de départ sous-maxillaire, où le diagnostic d'impression avait été au début celui d'actinomycose cervico-faciale.

OBSERVATION INÉDITE N° 20 RÉSUMÉE (*Baldenweck*)

Lymphosarcome de la région sous-maxillaire, ayant simulé au début une actinomycose cervico-faciale.

D... Jean, 22 ans, entre à l'Hôpital, en février 1926, pour une tuméfaction apparue un an et demi auparavant dans la région sous-maxillaire gauche. Cette tuméfaction prise d'abord pour un abcès dentaire et incisée continue, malgré tous les traitements, à grossir, envahissant bientôt le plancher de la bouche. A son entrée à l'hôpital, la tuméfaction est étendue de la région sous-mentale à l'angle gauche du maxillaire. Elle est dure, adhérente aux plans profonds et à la peau qui présente un petit bourgeon au siège de la cicatrice d'incision. Le plancher de la bouche est soulevé du côté gauche ; plus tard, il présentera des bourgeons saignants d'odeur fétide.

Malgré un traitement ioduré poursuivi pendant 3 semaines, la tuméfaction augmente, envahissant du côté du pharynx. Elle s'accompagne bientôt d'altération de l'état général et de troubles fonctionnels : dysphagie et dysphonie, provoqués par l'extension aux piliers de l'amygdale, au pharynx et même au larynx. Le malade est alors confié au Dr Baldenweck, qui tente l'ablation de la tumeur, mais le malade ne résiste pas au choc opératoire. Les examens microscopiques ont montré qu'il s'agissait d'une tumeur maligne très dégénérée (mitoses très nombreuses) d'origine lymphatique. L'inflammation surajoutée était très importante.

Voici une autre observation où le diagnostic est resté longtemps hésitant et où malgré toutes les présomptions cliniques en faveur d'un sarcome, il ne fut vraiment permis d'affirmer la nature conjonctive et maligne de la tumeur qu'à la lecture des coupes histologiques.

OBSERVATION INÉDITE N° 21 (*Alglave*)

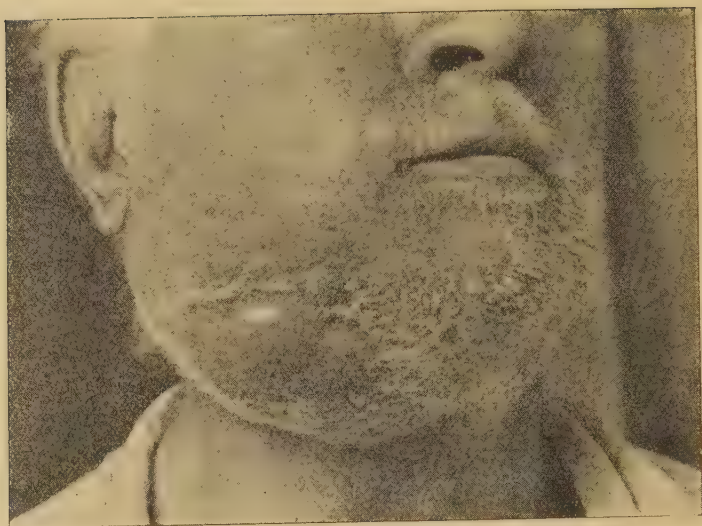
Lympho-sarcome de la région sous-maxillaire.

L..., 62 ans, entre à l'hôpital le 16 octobre 1928 pour une tumeur de la région sous-maxillaire droite.

Le début remonte en juillet 1927, date où apparaît au niveau de l'angle de la mâchoire une petite grosseur que des pansements humides semblent momentanément diminuer. Mais bientôt la tuméfaction se met à augmenter lentement jusqu'en avril 1928, où elle prend un développement beaucoup plus rapide. Elle ne détermine, toutefois, aucune douleur. En juillet le malade entre à l'hôpital de Marseille où il semble qu'on lui a fait une incision exploratrice et un traitement d'épreuve au novarséno-benzol (le Wassermann est en effet positif). A ce moment le malade quitte l'hôpital, mais bientôt voyant la tuméfaction s'accroître de plus en plus et des bourgeons apparaître, il vient consulter et est admis à l'hôpital Beaujon.

Le malade interrogé n'accuse comme signe fonctionnel qu'une simple gêne à la mastication et à la phonation par suite de l'immobilité de la mâchoire. Il ne se plaint d'aucune douleur et ne ressent que quelques picotements locaux. Sa santé paraît excellente ; le malade dit ne pas avoir maigri et avoir conservé un bon appétit.

L'examen nous montre une tuméfaction volumineuse envahissant les régions sous-mentale, sous-maxillaire et rétro-maxillaire, depuis la



Musée de l'Hôpital Saint-Louis

FIG. 5. — Lymphosarcome de la région sous-maxillaire (Observation n° XXI).

ligne médiane jusqu'en arrière du lobule de l'oreille droite. Au centre de la tumeur la peau plus rouge est soulevée par deux bosselures d'apparition récente. Vers l'angle de la mâchoire on peut voir la cicatrice de l'incision ancienne, faite à Marseille. La consistance de la tuméfaction est uniformément dure. En aucun point on ne note de fluctuation. La masse fait absolument corps avec la mâchoire qu'elle suit dans ses mouvements. La peau adhérente ne peut être plissée. Pas de points douloureux ; pas d'adénopathie cervicale. L'examen buccal ne décèle rien de spécial, si ce n'est une légère induration du plancher perceptible au toucher. L'os semble intact, ce que la radiographie confirme. Les molaires du côté droit manquent, sauf une restante, atteinte d'ailleurs de carie.

Une incision exploratrice est pratiquée une semaine après l'entrée du malade dans le service. L'examen histologique d'un prélèvement fait en pleine tumeur ne permet aucun doute sur sa malignité ; il s'agit en effet d'un *lympho-sarcome*.

*
**

Parmi les néoplasies intermédiaires aux lymphocytomes et aux sarcomes, il faut faire place au *Mycosis fungoïde*. Cette lymphadénie cutanée peut constituer dans la région

cervico-faciale une tumeur infiltrante dont le diagnostic ne peut être également précisé que par un examen histologique, à moins que l'affection n'apparaisse au milieu d'un tableau symptomatique qui permette de la reconnaître. Mais dans la forme à *tumeur d'emblée* (Vidal et Brœcq) dont nous rapportons une observation, l'absence de signes prémonitoires tels que prurit ou éruptions polymorphes, la non-coexistence de lésions excémâtiformes et lichenisées ou de plaques infiltrées, font que la tumeur pseudo-mycosique n'est pas rapportée à sa véritable nature. Le diagnostic peut être alors hésitant entre une actinomycose, un sarcome, un lymphocytome leucémique ou aleucémique. L'examen du sang ne fournit pas d'éléments de certitude. La méthode de séro-diagnostic, proposée par Gaucher, Brin et Joltrain, risque de ne donner que des résultats infidèles en comparaison de la certitude que donne l'examen histologique.

Nous avons observé une malade atteinte de mycosis fongoïde ; le diagnostic clinique était impossible et parmi les hypothèses soulevées figurait l'actinomycose cervicale ; nous résumons cette observation intéressante par le résultat thérapeutique obtenu.

OBSERVATION INÉDITE N^o 22 (*Lecène*)

Mycosis fongoïde, simulant un phlegmon ligneux ou une actinomycose cervicale.

G... Louise, 54 ans, entre à l'hôpital le 19 mars 1928, pour une tuméfaction sous-mentale et sous-maxillaire apparue il y a un an. Le début a été marqué par le développement d'une petite tuméfaction indolore dans la région sous-maxillaire gauche. Bientôt une autre petite tuméfaction s'adjoint à la première, suivie d'une troisième. Au bout d'environ trois mois l'ensemble des nodosités constitue une masse bosselée n'ayant entraîné aucune modification apparente de la peau. A ce moment la malade est mise au traitement par l'iode ; application locale de teinture d'iode et ingestion par la bouche. Sous l'influence de cette thérapeutique il semble que la tumeur ait marqué un temps d'arrêt, peut-être même une régression légère ; pourtant depuis un mois,



Musée de l'Hôpital Saint-Louis

FIG 6. — Mycosis fongoïde des régions sous-maxillaires et sous-mentale (Observation n° XXII).

l'augmentation de volume se manifeste à nouveau d'une façon rapide.

La tumeur nous apparaît bosselée, volumineuse, envahissant la région mentale et sous-maxillaire du côté gauche. Elle est d'une dureté absolue, uniforme. Sa fixité et son indolence sont remarquables. La peau est légèrement violacée sous le menton. On ne note pas d'adénopathie, ni de signes fonctionnels, sauf une gêne légère. L'examen somatique ne révèle rien de spécial.

Le 24 mars 1928, par une large incision sous-maxillaire on excise profondément une tranche de tissus lardacés. Pas de pus.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un lymphocytome du type mycosis-fongoïde.

Un traitement par les rayons X est alors institué. Après huit séances de radio-thérapie pénétrante la masse diminue rapidement.

En juin nous revoyons la malade dont la tuméfaction paraît entièrement disparue, la cicatrice est à peine visible. Seule la palpation montre une légère induration persistante dans la région sous-mentale. L'état général est toujours excellent et il n'y a pas d'adénopathie.

*
**

Nous venons de voir que les néoplasmes primitifs d'origine lymphatique prêtaient, en somme, assez rarement à

des erreurs d'interprétation. Leur diagnostic clinique est en général assez facile. Il peut en être de même en ce qui concerne les épithéliomas ganglionnaires secondaires à une localisation initiale au niveau de la bouche, du pharynx ou du larynx. La tumeur primitive se révèle d'elle-même quand il s'agit d'un cancer des lèvres ou d'un cancer de la langue. Les signes fonctionnels, dysphagie ou dysphonie, quand le cancer est développé au niveau du carrefour aéro-digestif, attirent l'attention sur le pharynx ou le larynx dont on pratique aussitôt l'exploration révélatrice. Mais ces *adénopathies cancéreuses secondaires* peuvent accompagner un *épithélioma caché ou inaperçu*, ce qui rend leur diagnostic impossible avec une tumeur primitive, tels qu'un branchiome ou un sarcome au début.

Des signes d'inflammation locale font même que ces adénopathies, qui méritent alors le nom d'adénopathies cancéro-inflammatoires, ont pu être prises pour un adénophlegmon et incisée comme tel. C'est l'évolution ultérieure qui fait le diagnostic, si la biopsie n'a pas été pratiquée.

Nous rapportons une observation tout à fait intéressante du fait de l'impossibilité du diagnostic clinique, faute d'un renseignement fourni par le malade. Celui-ci avait été opéré quelques années auparavant d'une petite ulcération labiale, n'ayant laissé aucune trace apparente et dont il ne fit pas mention à l'interrogatoire. La découverte histologique d'un épithélioma pavimenteux permit de reconstituer rétrospectivement les faits et de considérer la tumeur infiltrante sous-maxillaire comme une adénopathie cancéreuse secondaire à un épithélioma muqueux de la lèvre inférieure.

OBSERVATION INÉDITE N° 23 (Lecène)

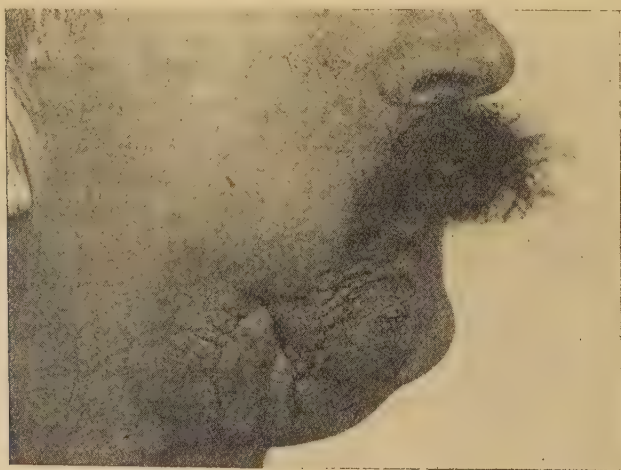
*Epithélioma pavimenteux secondaire infiltrant la région
sous-maxillaire*

J.-B. A..., 55 ans, est hospitalisé pour une tumeur de la région sous-maxillaire droite, dont le début remonte à six mois environ. Le malade

avait remarqué tout d'abord une petite glande située au niveau de la mâchoire ; cette tuméfaction s'accroît progressivement et ne tarde pas à perdre sa mobilité. Bientôt elle gêne la mastication ; la peau devient violacée et en un point s'ulcère.

A l'examen (novembre 1924) on note une tuméfaction qui envahit la région sous-mentale et maxillaire du côté droit, remontant sur la joue à la hauteur de la commissure labiale.

La peau est violacée, plissée, mamelonnée, ravinée. En un point, situé au-dessus de l'angle de la mâchoire on trouve un petit pertuis par où sort un liquide clair. La peau adhérente partout ne peut être plissée. La consistance est ferme, homogène, sauf en une zone légèrement fluctuante en arrière de la fistule. La pression à ce niveau fait sourdre de la sérosité. Le maxillaire est noyé dans la masse, dont on ne peut distinguer la branche horizontale. Les limites de la tumeur sont imprécises, surtout en avant. L'examen intra-buccal ne montre rien de particulier du côté des dents et des arcades alvéolaires. La langue mobile est refoulée vers la gauche par le soulèvement du plancher de la bouche. Celui-ci est envahi du côté droit, mais la muqueuse paraît intacte. Pas de ganglions carotidiens perceptibles et rien à signaler dans l'examen somatique.



Musée de l'Hôpital Saint-Louis

FIG. 7. — Infiltration néoplasique secondaire à un épithélioma de la lèvre enlevée chirurgicalement (Observation n° XXII).

Opération le 12 décembre 1924 ; on excise tous les tissus lardacés sous-maxillaires. Une résection partielle de l'angle de la mâchoire complète l'intervention. Tamponnement de la plaie.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux.

Le malade est mort depuis de généralisation.

*
**

Plus souvent ces adénopathies cancéreuses sont secondaires à un épithélioma du pharynx. L'examen laryngoscopique est alors indispensable pour confirmer le diagnostic, aussi doit-il être fait systématiquement alors même qu'aucun signe fonctionnel n'attire l'attention de ce côté. Voici par exemple le cas d'un malade atteint de cancer du cavum révélé par une volumineuse adénopathie cervicale.

Sans un examen endoscopique complété par une biopsie, il eût été sans doute très difficile d'arriver au diagnostic exact.

OBSERVATION INÉDITE N° 24 (*Lemaître*)

Tumeur du cavum, adénopathie cervicale révélatrice

L... Robert, entre dans le service d'O. R. L. de l'Hôpital Saint-Louis le 24 octobre 1928 pour une grosse tuméfaction cervicale. Il y a trois ans le malade a été traité pour obstruction nasale par galvano-cautérisations locales. Un an plus tard apparaît un ganglion sous-maxillaire droit, bientôt suivi d'autres qui envahissent la région carotidienne. L'obstruction nasale s'accroît peu à peu, accompagnée de sécrétions sanguinolentes par la narine droite, de bourdonnements d'oreilles et de surdité légère.

Toutefois, pendant les deux ans qui ont suivi le début, la masse cervicale a été prise pour une adénopathie bacillaire (huile de foie de morue, teinture d'iode).

A l'examen, grosse masse cervicale droite, occupant toute la région carotidienne, s'avancant dans la région sous-maxillaire en haut, vers la nuque en arrière, jusque dans le creux sus-claviculaire en bas. L'ensemble paraît constitué par de gros ganglions durs et adhérents en profondeur ; à la périphérie de la masse on note de nombreux petits ganglions, surtout dans le creux sus-claviculaire.

Rhinoscopie antérieure : pus et sang dans la narine droite.

Rhinoscopie postérieure : pus dans le cavum. La vision est difficile à cause des réflexes nauséux.

Au touchier pharyngien on découvre dans le cavum une tuméfaction qui saigne facilement. La biopsie de la tumeur montre qu'il s'agit d'un lympho-épithélioma.

Un traitement radiothérapique est immédiatement institué.

*
**

D'autres fois des signes fonctionnels attirent tout de suite l'attention sur le carrefour aéro-digestif. Nous rappellerons comme exemple le cas d'un malade entré au mois de mai 1928 dans le service du P^r Lecène qui présentait une tumeur de la région carotidienne gauche ; cette tumeur dure, immobile, non douloureuse donnait l'idée d'un épithélioma d'origine branchiale. Mais la raucité de la voix nous fit suspecter une localisation primitive au pharynx dont l'examen laryngoscopique nous apporta la confirmation. Celui-ci montra l'existence d'une ulcération végétante située dans la gouttière pharyngo-laryngée du même côté.

Mais il faut savoir que, si les signes fonctionnels peuvent manquer, les examens endoscopiques eux-mêmes peuvent rester sans résultat ; la localisation primitive demeure cachée.

Sur six cas d'épithélioma secondaire des ganglions du cou R. Vaughan a noté que les examens rhino-laryngoscopiques étaient restés tous négatifs ; pourtant deux fois il trouva à l'autopsie un cancer des voies aériennes supérieures.

Comme autre cause d'erreur, exceptionnelle d'ailleurs, signalons la possibilité d'un cancer thyroïdien à forme ganglionnaire adhérent à la trachée.

En résumé, en présence d'une tuméfaction du cou d'origine ganglionnaire probable, qu'elle soit infiltrante ou non, il faut systématiquement faire examiner avec le plus grand soin la bouche, le cavum, les fosses nasales, les amygdales, l'isthme pharyngé et l'œsophage, les voies respiratoires enfin. Si ces recherches sont infructueuses, l'incision exploratrice ou mieux l'ablation totale de la tumeur,

si elle est possible, doivent être faites. Dans tous les cas la biopsie permet de préciser la nature microscopique de la tumeur, de porter un pronostic et d'orienter convenablement le traitement. Malheureusement, quelle que soit la thérapeutique mise en œuvre, l'évolution est le plus souvent fatale. Les récidives locales et générales ne tardent pas à se manifester ; le radium lui-même s'est montré le plus souvent sans résultat (H. Hudson).

EPITHÉLIOMAS PRIMITIFS DES GLANDES

(Glandes salivaires, corps thyroïde, glande carotidienne)

Le *cancer primitif de la glande sous-maxillaire* par l'adhérence et la coloration violacée que peut prendre la peau est susceptible de simuler un processus inflammatoire (Delannoy). La *sous-maxillite* consécutive à une lithiase peut cependant être dépistée par la notion de coliques salivaires antérieures et la recherche du calcul. Le toucher intra-buccal et le cathétérisme pouvant être négatifs, une radiographie de la région sous-maxillaire est alors indispensable. Celle-ci, en outre, permettra d'écarter le diagnostic d'une ostéo-myélite du maxillaire, d'origine dentaire par exemple.

Le *cancer primitif de la parotide*, surtout quand il siège au niveau du prolongement inférieur, peut également poser un diagnostic difficile avec une tumeur rétro-angulo-maxillaire d'origine épithéliale par exemple. Nous rapportons une observation de ce type où le diagnostic de branchiome avait été posé :

OBSERVATION INÉDITE N° 25 (Lecène)

Mme P..., 68 ans, *tumeur maligne d'origine parotidienne*. Il y a deux ans, la maladie commence par l'apparition d'un petit ganglion au niveau de l'angle de la mâchoire. La tuméfaction grossit et bientôt

atteint le volume du poing. A l'examen, on note une tumeur assez volumineuse occupant la partie haute de la gouttière parotidienne, atteignant en haut le lobule de l'oreille, se prolongeant en avant sur le maxillaire, en arrière vers la colonne cervicale et descendant en bas vers le creux sus-claviculaire. La masse est d'une dureté ligneuse ; les contours sont imprécis et la mobilité est presque supprimée tant sur les plans superficiels que sur les plans profonds. On ne note aucun signe fonctionnel, si ce n'est une légère névralgie dans le bras gauche. L'examen endoscopique (Halphen) ne révèle rien au pharynx ni au larynx.

L'opération est faite le 20 octobre 1922, la tumeur est enlevée en bloc.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un carcinome solide d'origine glandulaire, vraisemblablement développé dans le prolongement inférieur de la parotide.

★ ★

L'épithélioma de la glande sous-maxillaire lui-même pourra être confondu avec un *cancer aberrant latéral de la thyroïde* dans sa variété sous-maxillaire. D'autres cancers thyroïdiens aberrants peuvent d'ailleurs se rencontrer : ce sont les variétés sous-sterno-mastoïdiennes (hautes), rétro-angulo-maxillaires (moyennes) ou sus-claviculaires (basses). Berger, en 1897, eut le mérite de montrer qu'à côté des tumeurs branchio gènes, il y avait place pour des tumeurs développées aux dépens d'îlots thyroïdiens aberrants. Depuis la communication de Berger, ces adéno-carcinomes ont été retrouvés par de nombreux auteurs et leurs caractères sont maintenant bien connus. Ce sont des tumeurs franchement latérales qui adhèrent au paquet vasculaire, d'où suppression rapide de leur mobilité verticale. Elles ne suivent jamais les mouvements de déglutition. Les signes fonctionnels peuvent longtemps rester frustes. Il est impossible de les distinguer autrement que par l'histologie des branchiomes et des tumeurs du corpuscule rétro-carotidien. Leur malignité ne tarde pas à se manifester par une cachexie précoce.

Il a été signalé enfin des tumeurs exceptionnelles dont nous rappellerons l'existence : épithéliomas de la région latérale du cou développés aux dépens d'un lobule thymique aberrant (Mériel et Tourneux) ou de la gaine vasculaire (Ferrarini).

Plus intéressant est le diagnostic de *cancer ligneux du corps thyroïde*, dont l'évolution torpide autorise la confusion avec des inflammations chroniques de cet organe : actinomycose, tuberculose, syphilis thyroïdienne, que nous avons déjà étudiés avec le syndrome de Riedel, la péri-thyroïdite ligneuse cancéroforme. Le phlegmon ligneux de Reclus, développé dans la région carotidienne, peut théoriquement en être différencié du fait que l'on trouve en général une indépendance absolue de la glande thyroïde avec la plaque indurée au cours des mouvements de déglutition. L'absence de phénomènes de compression trachéale, récurrentielle, vasculaire, l'indolence et la persistance d'un bon état général font logiquement rejeter le diagnostic de tumeur maligne ; mais ce n'est en réalité qu'après l'intervention et la biopsie que l'on est en droit d'affirmer la malignité de la tumeur dont la tuberculose et la syphilis en particulier peuvent réaliser l'aspect.

Nous ne ferons que signaler *les tumeurs de la glande carotidienne*. Elles sont, en effet, généralement faciles à distinguer par leur siège au niveau de la bifurcation carotidienne, leur consistance molle et élastique, les battements transmis qu'elles présentent, leur évolution lente chez des sujets jeunes, femmes le plus souvent.

EPITHÉLIOMAS BRANCHIAUX

Les tumeurs malignes primitives du cou d'origine branchiale ne sont pas exceptionnelles ; elles se développent le long des vaisseaux carotidiens et, par leur caractère de malignité, simulent étrangement les adénopathies cancéreuses secondaires.

Rien ne permet, en effet, de les distinguer d'un cancer secondaire des ganglions du cou : le seul critérium du diagnostic est qu'il est impossible par les recherches endoscopiques du pharynx, du cavum et du larynx, de trouver le cancer primitif.

Mais, à une période plus avancée, la tumeur, devenue plus volumineuse, constitue une masse aux contours imprécis. La peau devient adhérente, les signes fonctionnels se manifestent : douleurs névralgiques, raucité de la voix, dyspnée, etc... La consistance du néoplasme peut être, par endroit, pseudo-fluctuante, au point qu'on a pu faire une incision, croyant à un abcès. Le diagnostic de ces branchiomes peut, dans quelques cas, présenter quelques difficultés. Nous rapportons une observation où le diagnostic était hésitant. On pensait à un lymphome tuberculeux, alors qu'il s'agissait en réalité d'un branchiome. Cette observation est à opposer à l'observation n° XIX où ce fut l'inverse ; le diagnostic clinique de branchiome fut reconnu faux à l'examen histologique, qui montra des lésions de tuberculose ganglionnaire.

OBSERVATION N° 26 (Lecène)

Branchiome simulant un tuberculome carotidien.

Et... Maleca, 23 ans, entre à l'hôpital pour tuméfaction cervicale sous et rétro-angulo maxillaire droite apparue il y a un an.

Le début remonte à la fin de l'été de l'année dernière par une petite glande de la grosseur d'un haricot ; elle demeure du même volume jusqu'au mois de juin. A ce moment elle augmente rapidement. On envoie alors la malade à la mer, où elle fait de l'héliothérapie locale qui n'amène d'ailleurs aucun résultat.

La tuméfaction continue à grossir vite : la peau au point le plus saillant devient rouge.

On ne note aucun antécédent bacillaire ; aucune maladie antérieure.

Examen le 27 septembre 1928. Dans la région haute de la gouttière carotidienne, un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire du côté droit, existe une tuméfaction du volume du poing, irrégulière, bosse-

lée, très dure, immobile et légèrement douloureuse. Cette tuméfaction est en partie recouverte par le sterno-cléido-mastoïdien. Au point culminant, la peau est tendue, violacée, amincie et répond à une zone légèrement fluctuante. Du côté gauche on sent un ou deux petits ganglions de la chaîne carotidienne et autant le long du bord externe du trapèze. Aucune autre adénopathie. A signaler que tout récemment la malade a subi une vingtaine de séances de rayons X et de rayons ultra-violets.

Opération (28 septembre 1928) ; incision sur la tuméfaction qui est vraiment d'une dureté ligneuse. Curettage. Les débris enlevés ressemblent beaucoup à l'œil nu à du cancer. On curette aussi complètement que possible et l'on mèche la cavité.

La tumeur, si elle est maligne, ce qui est probable, est certainement inopérable.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un branchiome.

Les tumeurs malignes de la région cervicale sont donc susceptibles de poser des problèmes cliniques difficiles et souvent insolubles. Affirmer la nature néoplasique du processus n'est déjà pas toujours possible ; trancher la question en ce qui concerne la variété de cette tumeur, c'est ignorer les nombreuses erreurs susceptibles d'être faites. Il convient donc de demander systématiquement une endoscopie buccale et pharyngo-laryngée en vue de la découverte d'une tumeur primitive et surtout de pratiquer les examens microscopiques indispensables. Ces derniers seront faits de préférence après ablation totale de la tumeur ; dans les cas où l'extirpation est impossible, on se contentera de l'incision exploratrice suivie de biopsie. Des résultats du laboratoire dépendront essentiellement le pronostic et le choix du traitement.

CHAPITRE III

Etude du Diagnostic

LES LIMITES DU DIAGNOSTIC CLINIQUE

Les infiltrations ligneuses du tissu cellulaire cervical se présentent, nous l'avons vu, sous un aspect toujours à peu près identique. Il s'agit de tuméfactions à évolution progressive, développées dans les régions sous-mentale, sous-maxillaire et sous-hyoïdienne, médiane et latérale. Elles forment une masse unique, d'une dureté ligneuse, adhérente à la peau et aux plans profonds, ne s'accompagnant le plus souvent d'aucun signe fonctionnel si ce n'est seulement d'un peu de gêne dans les mouvements et parfois de trismus. On ne note pas d'adénopathie, ni de fièvre. Dans certains cas, apparaît un point fluctuant qu'on est tenté de ponctionner ; cette ponction est souvent blanche ou ne ramène que du sang. D'autres fois, du pus ou de la sérosité sont retirés et l'examen au microscope permet de fixer le diagnostic. A la longue la tuméfaction se fistulise ou s'ulcère. L'évolution fournit enfin, mais presque toujours très tardivement, les éléments exacts du diagnostic.

L'analyse très minutieuse des symptômes doit permettre le plus souvent de serrer de près l'affection causale. L'interrogatoire par exemple fera préciser que le début de l'affection a été précédé d'algies dentaires ou d'une amygdalite.

Pensant à une mycose, on s'informera de la profession du malade. S'il ne s'agit pas d'un campagnard, on cherchera à déterminer les circonstances où des végétaux vecteurs d'actinomyces ont pu être mis en contact avec une solution de continuité du revêtement muqueux de la bouche. On notera l'état de la dentition ; la carie dentaire en particulier sera considérée comme réalisant une condition favorable à l'inoculation du parasite. L'existence de trismus fera penser à l'actinomycose dont le point de départ au maxillaire inférieur est le plus fréquent. La persistance d'un bon état général, témoignant de la parfaite tolérance de l'organisme, fera pencher le diagnostic en faveur d'une pseudo-tumeur inflammatoire plutôt qu'en faveur d'un néoplasme malin. Les néoplasmes malins d'ailleurs, après un début insidieux et lent, subissent à un moment donné un accroissement rapide qui ne tarde pas à s'accompagner d'amaigrissement, d'asthénie, de teint jaune paille des téguments qui d'emblée peuvent éveiller l'attention. Dans tous les cas, il est important de pratiquer un examen somatique complet : celui-ci peut révéler l'existence de stigmates de spécificité héréditaire ou acquise, ou des manifestations de nature bacillaire indiscutable.

Une *radiographie* du maxillaire inférieur peut être indiquée si on a lieu de soupçonner une lésion osseuse, d'origine dentaire par exemple.

La moindre suspicion de syphilis demandera la pratique d'une *réaction de Bordet-Wassermann*, malgré le peu de valeur qu'il faut lui attribuer ; cette réaction, en effet, peut rester négative dans le tertiariisme. Par ailleurs, mycose et cancers peuvent se développer sur des terrains syphilitiques.

Enfin, certains signes fonctionnels comme l'enrouement ou la gêne à la déglutition exigeront tout spécialement un *examen du laryngologiste* ; cet examen doit d'ailleurs être pratiqué dans toutes les tumeurs ou pseudo tumeurs du cou en vue de dépister la porte d'entrée ou le point de départ de l'affection.

Le plus souvent, en dépit des recherches, le diagnostic reste hésitant. Du temps s'écoule. Un traitement inutile ou insuffisant est appliqué, jusqu'au jour où l'aspect clinique se modifie, ou la tumeur s'ulcère ou se fistulise. On croit alors posséder la clef du diagnostic. L'ulcération a tous les caractères d'une ulcération syphilitique ou néoplasique, la fistule ressemble manifestement à une fistule bacillaire. Pourtant des causes d'erreurs sont encore possibles. Pour affirmer la nature parasitaire de l'affection la découverte de *grains jaunes* semble s'imposer. Or ils peuvent manquer, lorsqu'ils ont subi une désintégration profonde au milieu de tissus secondairement infectés. Au contraire, on peut prendre pour des grains jaunes des granulations diverses : débris d'aliments, séquestres parcellaires, magmas, caséux, etc... *L'examen microscopique* s'impose, mais il n'est pas exempt de certaines difficultés : Les corpuscules isolés dans le pus peuvent être parasités par des microbes filamenteux de la bouche, les massues peuvent être simulées par des débris de fibrine et surtout par des champignons filamenteux buccaux (Gougerot). *L'inoculation au cobaye* sous la peau et dans le péritoine permettra, au bout de trois semaines à un mois seulement, de faire la preuve de la tuberculose ; quant à *l'épreuve du traitement mixte*, nous l'avons vu, elle n'a pas de valeur pour distinguer une lésion syphilitique d'une lésion mycosique.

Le séro-diagnostic de Widal et Abrami, en ce qui concerne l'actinomycose, peut rendre des services. Avec du sérum actinomycosique on peut pratiquer 2 réactions :

L'une est une séro-agglutination ou mieux co-agglutination. Les spores du *sporo trichum Beurmani* sont agglutinées par le sérum actinomycosique à un taux moyen de 1 pour 150. Cette première réaction peut être contrôlée par la réaction de fixation analogue à celle de Bordet-Gengou. Mais il est difficile de se procurer un bon antigène que seul l'actinomyces non pathogène peut fournir. La tuber-

eulose donne ici un résultat négatif, mais la syphilis en donne un positif dans 30 à 40 % des cas, d'où la nécessité de pratiquer en même temps la réaction de Bordet-Wassermann (Clairmont).

Quant à la cuti-réaction par inoculation de pus d'un abcès ou d'une culture pure, elle n'est absolument spécifique que dans le premier cas, ne réussit pas toujours dans le deuxième.

En définitive, depuis le début jusqu'à la fin de l'affection, le diagnostic reste très difficile ; il est donc capital de pratiquer aussi précocement que possible *l'incision exploratrice*, véritable incision de diagnostic dont nous allons préciser les règles.

Devant la faillite de la simple clinique, les examens endoscopiques d'abord, l'incision exploratrice et la biopsie ensuite, les recherches microscopiques en définitive doivent être considérés comme les étapes indispensables du diagnostic.

ENDOSCOPIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF

Nous avons vu que l'examen clinique étant souvent insuffisant à lui seul, l'endoscopie du carrefour aéro-digestif devient indispensable comme premier temps de complément.

Certaines présomptions peuvent déjà orienter les recherches vers une lésion initiale soit du larynx ou de la trachée, soit du pharynx ou de l'œsophage. Malgré tout, étant donnée la possibilité de méprises, on est en droit d'exiger du laryngologiste un *examen systématique et complet*. Celui-ci devra, pour bien faire, porter successivement : sur la cavité buccale, l'isthme du gosier, le pharynx, le larynx.

Au niveau de la cavité buccale il ne faudra pas omettre d'examiner les lèvres, la face interne des joues, la langue et le plancher buccal, les arcades dentaires et les dents elles-mêmes.

L'exploration de l'isthme comportera l'examen des amygdales, celui des piliers du voile du palais, de la base de la langue.

Le pharynx sera exploré au niveau de ces trois étages ; le cavum, les régions aryénoïdiennes, les gouttières pharyngo-laryngées sont les zones principales qu'il faut bien voir.

Enfin, après avoir examiné l'épiglotte et ses replis, le larynx sera l'objet d'une étude spéciale ; glotte et sous-glottes seront vérifiées dans la mesure du possible.

Quelques *difficultés* peuvent rendre difficile sinon impossible cette exploration endoscopique ; le trismus invincible figure parmi les causes principales, ainsi que la réflectivité exagérée, l'existence de troubles respiratoires que l'examen exagère, les langues musculaires.

Chez les nerveux, l'administration préalable d'anti-spasmodiques et les badigeonnages à la cocaïne rendent de précieux services.

Le plus habituellement ces recherches endoscopiques sont menées en vue de la découverte d'un *épithélioma pavimenteux primitif*. Dans quelques cas il est facile de le découvrir : cancer de la langue, cancer de l'amygdale ; d'autres fois il faut le rechercher avec soin ; c'est ainsi qu'un épithélioma primitif du cavum peut donner une adénopathie cervicale secondaire volumineuse, alors qu'aucun signe fonctionnel n'attire encore l'attention sur le nasopharynx. Nous avons résumé dans un chapitre précédent une observation de ce type qui n'est pas exceptionnel. Il faut bien savoir que le cancer initial peut être *très petit*, situé à l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache par exemple ; sa découverte par la rhinoscopie postérieure est souvent très délicate.

Il peut en être de même d'un cancer *caché*, d'une gouttière pharyngo-laryngée ou d'une crypte amygdalienne.

Moins souvent l'endoscopie dépiste une érosion banale ou une ulcération dont la nature syphilitique ou tuberculeuse

devra être déterminée. L'existence de lésions sous-glottiques oriente le diagnostic vers la spécificité dont elles constituent un lieu d'élection ; enfin le laryngologiste peut noter, dans d'autres cas, soit de l'œdème par compression dont l'importance peut nécessiter une trachéotomie préventive, soit une parésie ou une paralysie d'une corde vocale qui traduit la compression du nerf récurrent correspondant.

En définitive, les résultats se résument en trois ordres de faits :

Tantôt on ne trouve rien, parce que vraiment il n'y a rien au niveau du carrefour aéro-digestif, ou que, notion importante, la lésion initiale déjà ancienne passe inaperçue parce que cachée ou guérie et cicatrisée (obs. n° XXIII).

Tantôt les lésions découvertes sont manifestement secondaires, œdème par compression ou paralysie récurrentielle, et ne fournissent qu'un minimum de présomptions sur la nature de la tumeur responsable ;

Tantôt le spécialiste découvre une ulcération, une fissure, un bourgeon dont l'interprétation est souvent très délicate. Il est indispensable, comme au niveau de la tumeur cervicale elle-même, de prélever un fragment, de faire une biopsie.

Mais, même si aucun signe fonctionnel n'attire l'attention du côté des voies aéro-digestives, il est de règle que les examens endoscopiques soient pratiqués systématiquement dans toutes les tumeurs cervicales infiltrantes. Un résultat négatif peut avoir une valeur d'élimination ; la découverte d'une lésion caractéristique peut, à elle seule, confirmer ou poser le diagnostic.

L'INCISION EXPLORATRICE ET LA BIOPSIE

En présence d'une infiltration ligneuse, sans ulcération ni fissure, il est de toute nécessité d'aller prélever au sein même des tissus un fragment destiné au microscope. L'in-

cision aura toute l'étendue nécessaire et la profondeur voulue pour atteindre les zones les plus caractéristiques. Elle sera faite dans la zone active, d'extension du processus. C'est là qu'on a les plus grandes chances de trouver des lésions en évolution. Le prélèvement sera détaché sous forme de tranche, de cube ou de parallélépipède, la section étant orientée perpendiculairement aux plans des téguments qui doivent s'y trouver compris. Les parties gangréneuses ou purulentes seront évitées autant que possible.

Avant d'inciser, on songera aux éléments anatomiques susceptibles d'être rencontrés et qu'il sera bon de ménager. C'est ainsi que dans la région sous-angulo-maxillaire l'artère faciale sera facilement sectionnée et liée. Autant que possible il faudra donc éviter les zones profondes parcourues par des nerfs importants ou de gros vaisseaux.

S'il existe une ulcération ou des fistules, avant de pratiquer le débridement, il peut être suffisant de faire une biopsie des lésions en surface. Pour que le prélèvement soit bon, il faut qu'il porte sur les deux versants du rebord de l'orifice fistuleux ou de l'ulcération. La tranche de tissu pathologique détachée doit comprendre de dedans en dehors : le fond de l'ulcération ou le bord interne de la fistule, la crête du rebord et la berge excentrique.

Ces prélèvements de tissus sont, en général, utilisés pour les coupes ; les sérosités plus ou moins purulentes ou les fongosités servent aux ensemencements et aux inoculations à l'animal, s'il y a lieu de les pratiquer.

Dans quelques cas l'incision exploratrice sur la seule vue des lésions permet d'affirmer le diagnostic. Mais, bien souvent, il y a doute : le bistouri traverse des tissus lardacés sans caractères très particuliers, si bien qu'il est difficile de dire s'il s'agit d'une sclérose inflammatoire banale ou d'un sarcome, d'une lésion spécifique, syphilitique ou tuberculeuse, ou d'un épithélioma ! En l'absence de grains jaunes, enfin, le diagnostic d'actinomycose est impossible, si l'on ne met pas en œuvre toutes les ressources de laboratoire orientée vers son identification.

DIAGNOSTIC DE LABORATOIRE

Les examens de laboratoire constituent un temps essentiel du diagnostic. L'histologie pathologique secondée, quand il y a lieu, de la bactériologie, permettra de préciser dans la plupart des cas la nature inflammatoire ou néoplasique des lésions. C'est ainsi qu'il sera en général facile de dépister une tumeur maligne. Nous n'insisterons pas sur les caractères bien connus des épithéliomas malpighiens, des tumeurs lymphoïdes ou des sarcomes. Quant aux processus inflammatoires, il sera parfois plus difficile d'en distinguer la nature. La syphilis et la tuberculose, celle-ci plus particulièrement, ont des caractères différentiels sur lesquels l'attention est généralement attirée. Par contre l'actinomyose est une lésion plus rare, qui risquerait de ne pas être déterminée, si l'on n'a pas l'esprit orienté vers sa possibilité. On sait l'importance de son identification pour le pronostic. Aussi avons nous jugé intéressant d'insister sur son diagnostic histologique et bactériologique qui peut parfois être fort difficile.

RECHERCHES HISTOLOGIQUES ET BACTERIOLOGIQUES DE L'ACTINOMYCOSE

Le caractère essentiel de l'actinomyose est constitué par la présence d'éléments parasitaires spécifiques contenus dans des nodules inflammatoires réactionnels que l'on trouve dans les tissus malades. Nous nous contenterons de décrire ici les recherches nécessaires pour le diagnostic médical et l'aspect caractéristique des parasites : constitution de grain actinomycosique, images histologiques des tissus infectés, techniques courantes permettant de déceler sûrement le champignon.

Nous ne saurions en effet faire ici une étude complète des agents pathogènes eux-mêmes ; on sait que la nomenclature des actinomyces est des plus complexe ; elle varie

suivant les auteurs et la position « systématique » de ces micro-organismes est elle-même discutée. D'autre part certains auteurs, comme Pinoy, Colebrook, Hulphers, vont jusqu'à admettre qu'en dehors des actinomyces, des germes appartenant à des groupes aussi dissemblables que le staphylocoque et le bacille de la tuberculose pourraient eux aussi réaliser la production d'une disposition « actinomycosique », c'est-à-dire « rayonnée », celle-ci résultant avant tout d'un état d'équilibre spécial entre un parasite et les tissus de l'hôte. Toutes ces questions appartiennent au domaine du mycologue spécialisé : on en trouvera les détails dans les études magistrales du Prof. Brumpt et du D^r M. Langeron (Traité de Parasitologie).

FORMES ANATOMIQUES

En pathologie humaine, les lésions les plus fréquentes ont une évolution subaiguë : elles aboutissent à la formation de nombreux nodules gommeux qui tendent à s'abcéder, puis à se fistuliser, en donnant issue à un pus dont les caractères sont quelquefois, mais non toujours, assez particuliers pour qu'on puisse en soupçonner la nature au simple examen macroscopique (pus mal lié, contenant des grains « jaunes »).

A côté de cette forme type du mycétome actinomycosique, il existe une variété aussi rare chez l'homme qu'elle est fréquente en pathologie animale. On lui a donné le nom de « pseudo-néoplasique » parce que l'inflammation chronique y provoque une prolifération abondante du tissu conjonctif réactionnel. Notre maître, le Professeur Lécène, a insisté sur la difficulté de son diagnostic même à l'examen microscopique : les parasites y sont rares et comme étouffés dans des nappes conjonctives denses ; il faut souvent multiplier les coupes avant de trouver un point où le mycélium ou les massues sont nettes.

Quelques aspects microscopiques de grains actinomycosiques

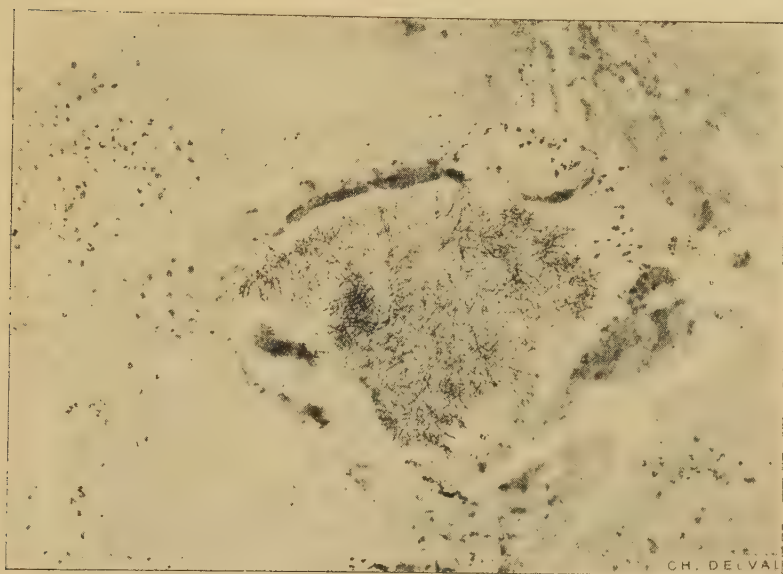


FIG. 8. — Filaments mycéliens d'un grain actinomycosique.
Grossissement : 250 diamètres.

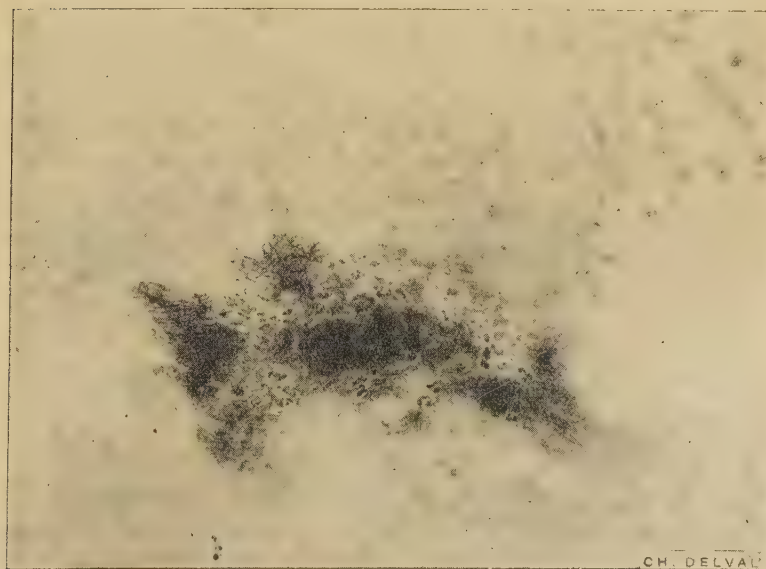


FIG. 9. — Grain actinomycosique. Grossissement : 350 diamètres.

Le grain parasitaire :

Le grain actinomycosique, généralement du volume d'une tête d'épingle, est souvent jaunâtre ou grisâtre. Il constitue, comme le d't Langeron, l'entité mycologique caractéristique du mycétome. C'est un conglomérat de filaments mycéliens entouré d'une zone hyaline, réfringente, à contours nets.

Grain actinomycosique.

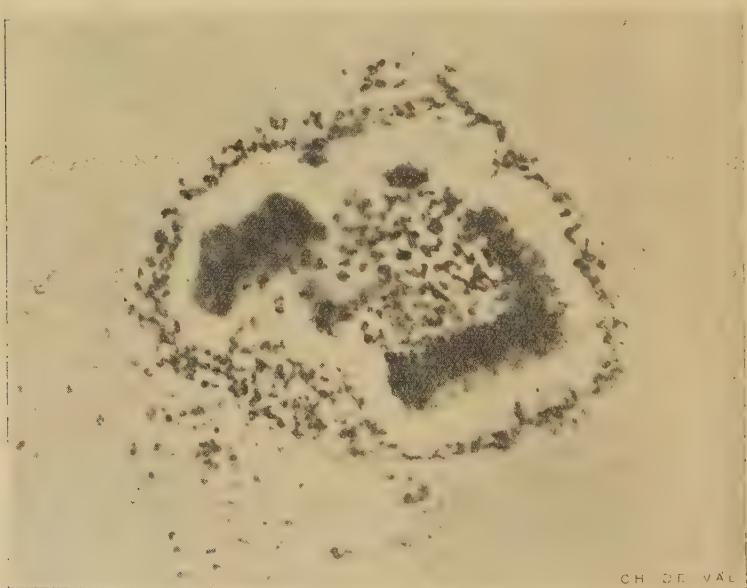


FIG. 10. — Grossissement : 400 diamètres.

Au centre, amas de polynucléaires entouré des filaments mycéliens intriqués; plus en dehors, couronne des massues qui ne sont pas venues sur le cliché à cause de la faible intensité de leur coloration. A la périphérie, zone d'infiltration leucocytaire.

Les filaments prennent, dans presque tous les cas, la coloration de Gram et parfois de Ziehl. Ils sont extrêmement fins; non cloisonnés et ramifiés. Leur ramification est vraie et provient d'un bourgeonnement latéral. Souvent tronçonnés en fragments de longueur variable, ils prennent alors quelquefois l'aspect de chaînes de bacilles ou même de cocci ne dépassant pas la taille des plus petits streptoco-

ques. Leur diagnostic sur les coupes, quand ils sont dispersés sous cette forme dans les tissus ou parmi les éléments du pus, est loin d'être aisé même pour le spécialiste. Par contre l'aspect onduleux, finement spiralé, qu'ils revêtent parfois est significatif et oriente immédiatement l'observateur. Le centre du paquet filamenteux est dans bien des cas si dense qu'il prend en masse le colorant.

La zone hyaline, qui forme le pourtour du grain, paraît rayonnée : elle est en effet hérissée d'éléments claviformes ou massues, dont la grosse extrémité est périphérique. Ces massues sont très réfringentes à l'état frais. Elles prennent le Ziehl, mais non pas le Gram. L'éosine, les fuchsines acide et basique diluées, la safranine, les teignent en rose plus ou moins intense ; souvent, un fin filament Gram positif paraît les centrer.

Les massues font souvent défaut dans l'actinomycose humaine. Comme nous le verrons plus loin, leur présence ou leur absence importent pour le diagnostic de l'espèce.

Histologie :

Le grain parasitaire est dans les tissus le centre d'un follicule inflammatoire réactionnel, le « nodule infectieux actinomycosique de Poncet et Bérard ». On décompose schématiquement ce follicule en trois parties : région centrale nécrosée et purulente où flotte le grain ;

Zone moyenne d'inflammation polymorphe où polynucléaires, lymphocytes, cellules épithélioïdes sont mélangés en proportions variables ;

Enfin gaine fibreuse périphérique mince.

Quelquefois le corps étranger inoculateur (d'origine végétale le plus souvent) sera décelé dans l'abcès lui-même.

Brumpt a montré comment se forme le follicule : c'est une cellule géante, contenant à son intérieur les éléments parasitaires qui sont à son origine ; le parasite détruit ensuite la cellule géante dont il se nourrit et devient libre

dans les tissus. On peut quelquefois découvrir des images de macrophagie sur les coupes, mais l'interprétation des stades de début de la jeune colonie parasitaire est toujours délicate.

Nous voyons que le seul élément réellement « spécifique » du follicule est le grain lui-même. Les caractères histologiques proprement dits du micro-abcès peuvent être réalisés par un corps étranger banal. Or le grain mêlé à des débris purulents flotte au centre de l'abcès ; il s'en détache facilement pendant les manipulations de la pièce, notamment pendant la confection des coupes au microtome. Les chances d'identification dépendront donc directement de la quantité des micro-abcès présents dans les coupes.

Forme suppurée : C'est justement dans la forme typique suppurée que les micro-abcès abondent. L'inflammation y affecte une disposition nodulaire et la présence de plusieurs follicules dirige déjà l'esprit du chercheur vers la possibilité d'une mycose. Une recherche attentive permettra, dans la plupart des cas, de découvrir des parasites, surtout au niveau de la zone périphérique, c'est-à-dire de la zone d'*extension* de l'infection. Les lésions ont déjà évolué, en effet, dans les régions le plus anciennement atteintes ; les éléments cellulaires avoisinant le follicule sont souvent comprimés et atrophiés ou même détruits par son développement ; des cavités se creusent et le contenu de l'abcès peut s'évacuer par des trajets fistuleux qui dissocient les tissus. Les follicules n'ont généralement pas tendance à se fondre avec les follicules voisins ; mais il est fréquent de trouver des traînées inflammatoires surtout péri-vasculaires qui unissent les follicules entre eux.

En résumé, l'activité du parasite paraît ici manifestement supérieure aux réactions défensives des tissus ; les macrophages eux-mêmes disséminent les éléments pathogènes dans l'épaisseur des tissus et multiplient de la sorte les nodules infectieux.

FORMES PSEUDO-NÉOPLASIQUES.

Dans la variété pseudo-néoplasique, au contraire, la défense de l'organisme est si intense qu'elle semble presque disproportionnée avec la cause qui la provoque. Une réaction aussi marquée et, disons-le, aussi partiellement victorieuse du parasite, appartient aux tissus richement vascularisés, tels les tissus musculaires et osseux.

Sur les coupes les éléments parasitaires sont rares : on ne peut guère les mettre en évidence qu'au centre même de la tuméfaction dans les régions les plus anciennement enflammées et parfois aussi au niveau des minces et rares cordons inflammatoires qui en partent. Dans ce dernier cas, c'est en bordure des trajets, directement au contact du tissu scléreux qu'on pourra découvrir des grains caractéristiques. Le reste des préparations montrera un tissu de granulation à ses divers stades, « exsudatif », « productif » et d'« organisation fibreuse définitive » mêlés en proportions très variables suivant les cas. Chacun de ces types d'inflammation, si on l'envisage isolément, peut conduire à des interprétations erronées ; il existe en effet, à côté des zones d'organisation scléreuse riches en collagène, pauvres en éléments fixes, des régions vraiment désordonnées et atypiques : très cellulaires, riches en divisions nucléaires, semées de néo-capillaires ; l'exubérance de ces lésions « surproductives » pourrait faire penser à un examen superficiel aux aspects du *sarcome* globo-cellulaire. En d'autres points l'hyperplasie conjonctive est semée d'éléments inflammatoires dispersés ou groupés en follicules et de fréquentes cellules géantes plus ou moins achevées : ces images histologiques se rapprochent beaucoup de celles données par des *lésions tuberculeuses* extensives. Mais l'incohérence même de l'ensemble doit permettre d'éviter de telles erreurs d'interprétation. Nous rappellerons que la topographie générale des lésions lues à un faible grossissement ne doit jamais être perdue de vue dans l'étude d'une prépara-

tion histo-pathologique : ici, un tel polymorphisme, quel qu'impressionnants que puissent être certains détails, n'appartient guère au granulome tuberculeux même surinfecté, et encore bien moins à la tumeur maligne.

Cette discussion même aura suffi à montrer la difficulté du diagnostic de ces formes rares d'actinomyose : l'hésitation que l'on peut avoir dans les interprétations de la nature d'une telle lésion doit toujours engager l'observateur à multiplier les coupes et à effectuer les colorations convenables qui permettront la mise en évidence incontestable du parasite dont la découverte seule tranchera le diagnostic.

TECHNIQUES DE RECHERCHE.

Un diagnostic bactériologique n'a de valeur scientifique que s'il est complet : trop souvent la recherche médicale manque de la rigueur nécessaire, que l'observation clinique humaine, il est vrai, ne rend pas toujours possible. Un simple examen du pus par exemple permettra en général un diagnostic suffisant au point de vue médical pour instituer le traitement iodé nécessaire. Mais du point de vue bactériologique le diagnostic complet doit comporter la détermination exacte de l'espèce pathogène.

Une telle identification est difficile et appartient au spécialiste : aussi rappellerons-nous simplement les techniques qui permettront de lui fournir les éléments indispensables de ce diagnostic ; la culture et les coupes de grains parasitaires.

Examen direct. — La recherche des grains dans le pus, lorsqu'ils sont abondants, ne présente en général aucune difficulté. On les isolera facilement en étalant le pus sur une lame de verre et en dissociant les grumeaux avec des aiguilles ou le fil de platine. Une fois le grain isolé on l'écrasera entre lame et lamelle et on l'examinera à l'état frais d'abord, puis avec une coloration au Gram, ou même après double coloration de Ziehl et de Gram.

Dans quelques cas les grains sont très rares ou même absents. Il faudra alors multiplier les étalements et, si aucun grain n'a pu être décelé, colorer plusieurs lames afin d'y rechercher des touffes de fins filaments ramifiés. Il est capital de poursuivre la recherche de ces éléments avec persévérance, car ils peuvent être très rares ou masqués par la pullulation de germes d'infection secondaire dans le cas de lésions ouvertes. Il arrivera de ne mettre en évidence que des formes fragmentées, parfois en macrophagie et dont le diagnostic est fort délicat.

Les grains les plus volumineux seront fixés dans le liquide de Bouin ; on en fera des coupes qui seront très utiles pour l'identification, au même titre d'ailleurs que les coupes de tissu pathologique contenant de semblables grains parasitaires.

Coupes de tissus. — Le prélèvement des fragments de tissus sera fait avec soin et devra porter sur les régions manifestement enflammées, ainsi que sur les fongosités. Une série de fragments sera mise en réserve au cas où la recherche sur les premiers blocs serait restée négative.

La fixation se fera simplement dans le liquide de Bouin ou dans le formol à 10 %. Le matériel sera manipulé avec précaution lors des changements de liquide et des coupes au microtome afin d'éviter de détacher les éléments parasitaires.

Les coupes seront colorées par l'hématine-éosine au point de vue histologique. Cette coloration qui ne met pas en évidence les filaments de toutes les espèces sera complétée par un Gram, safranine ou éosine, qui précise parfaitement la nature des grains. Enfin la coloration de Mann recommandée par M. Langeron est particulièrement belle et le parasite s'y détache parfaitement (bleu de méthyle-éosine).

Culture. — L'ensemencement ne devra pas être pratiqué sur des fragments pris au hasard : les filaments morcelés,

dégénérés, sont en effet presque toujours incapables de se développer. Pour se rendre compte du bon état des filaments on appliquera le procédé de J. H. Wright : il consiste à écraser le grain entre deux lames stérilisées par flambage. L'une des lames permet de vérifier l'état des filaments après coloration au Gram ; l'autre, mise à l'abri de l'air dans une boîte de Petri stérile, servira à l'ensemencement. Le fragment de grain dont la vitalité a ainsi été vérifiée est dilué dans une goutte de bouillon ; une trace de ce liquide servira aux semis.

Les ensemencements se feront toujours à la fois en milieu aéré et privé d'air. Jamais il ne faudra négliger de pratiquer de cultures en anaérobiose, du fait de la fréquence dans l'actinomycose humaine des germes anaérobies (Cohni Streptotrix Israeli).

Les milieux à conseiller sont la carotte, la pomme de terre glycinée, les milieux de Sabouraud, le sérum coagulé en aérobie. En anaérobiose, la gélose glucosée de Veillon est excellente. L'addition dans ce dernier milieu de sérum et de quelques gouttes « d'extrait globulaire » préparé selon la technique de Legroux facilitent souvent la culture.

Les tubes seront mis à l'étuve à 37°. Quand on dispose d'une quantité suffisante de culture il sera alors prudent de garder un ensemencement en aérobie et un en anaérobiose à la température du laboratoire.

Le développement des germes n'est jamais bien rapide. Il faut compter au minimum 6 à 12 jours d'étuve avant que la culture n'apparaisse ; de même le développement de l'actinomyces bovis est très lent et demande souvent près de trois semaines.

Muni de ces divers éléments de diagnostic le mycologiste aura la possibilité de déterminer l'espèce pathologique en cause, de pratiquer, s'il y a lieu, des inoculations et des rétrocultures et la nature de la lésion sera ainsi précisée avec toute la rigueur qu'on est en droit d'exiger actuellement.

CHAPITRE IV

Etude et Choix du Traitement

Quand les étapes successives du diagnostic ont été franchies et que l'on se trouve en possession d'un diagnostic ferme, il est possible, et seulement alors, de choisir et d'appliquer une thérapeutique rationnelle. Nous allons donc envisager successivement les traitements dont sont justifiables les différentes affections que nous venons d'étudier.

TRAITEMENT DU PHLEGMON LIGNEUX

Dans les formes ordinaires on peut attendre l'apparition des abcès, les ouvrir au fur et à mesure et pratiquer un drainage filiforme ; on peut favoriser la résolution par l'application de larges compresses humides chaudes sur la région cervicale et déclancher un choc organique favorable soit par une vaccination polyvalente (propidon) soit par auto-vaccinothérapie (Bartélemy) soit encore par la simple protéinothérapie (lait).

L'efficacité absolue de ces méthodes ne semble pas prouvée ; mais il est intéressant de les mettre en œuvre dans l'espoir de réduire la durée de l'évolution et d'éviter les rechutes. Rappelons pour mémoire les résultats favorables obtenus par Reclus grâce à l'injection de sérum anti-diph-

térique. Dans les formes fistulisées la mise à plat des trajets et le curettage des fongosités accélèrent la guérison.

En présence des formes envahissantes, un traitement plus énergique s'impose. On a préconisé de pratiquer de larges tranchées dans l'épaisseur des tissus lardacés, soit au bistouri (Marion), soit au thermocautère (Fargues). Ces grandes incisions libèrent les organes de la compression à laquelle ils sont soumis et permettent de donner issue au dehors à la sérosité qui les imbibé (Lecène). Parfois, on trouve le corps étranger coupable d'entretenir l'inflammation.

En effet, au traitement symptomatique doit être adjoind le traitement causal :

Avulsion de la dent cariée, curettage des points d'ostéite, ablation d'un séquestre ou d'un corps étranger (éclat métallique), dissection d'un kyste congénital ou d'une fistule branchiale infectée.

Il n'est pas à négliger de pratiquer toujours l'antiseptie buccale et pharyngée d'une façon simultanée. Une thérapeutique arsenicale (novarsénobenzol) aura toujours une action bactéricide intéressante sur les germes.

En cas de doute, même en l'absence de preuves bactériologiques, il est bon d'instituer un traitement par l'iode, car celui-ci peut agir favorablement sur le phlegmon ligneux, à plus forte raison quand l'origine actinomycosique est réelle.

TRAITEMENT DE L'ACTINOMYCOSE

Le traitement de l'actinomycose comprend un traitement médical, un traitement chirurgical et un traitement par les agents physiques. Nous allons les étudier successivement :

TRAITEMENT MÉDICAL :

Le premier médicament employé dans le traitement de l'actinomycose semble avoir été *l'iode de potassium*, dont Thomassen préconisa l'usage chez les bovidés ; puis,

en 1892, Vauterson et Salayer, en Hollande, l'utilisèrent en thérapeutique humaine. Depuis cette époque ce mode de traitement a été universellement employé, et actuellement encore certains le considèrent comme le traitement de fond.

L'iodure de potassium est administré à doses de 3 à 8 grammes par jour suivant la susceptibilité individuelle des sujets. Il semble que la solution iodo-iodurée de Lugol agit plus efficacement. Elle est prise à la dose de 4 cuillérées à soupe par jour pendant 15 jours consécutifs, avec arrêt de 8 jours et reprise. Dans tous les cas, il ne faut pas craindre de continuer longtemps le traitement. Lortat-Jacob et Legrain ont rapporté un cas guéri avec une extraordinaire rapidité (3 semaines) par des injections d'iode colloïdal à 4 %, résultat qu'ils attribuent à la dose considérable d'iode qu'ils ont pu ainsi introduire dans l'organisme avec une parfaite tolérance.

Quelquefois l'iodure de potassium paraît inopérant, peut-être parce qu'on a craint de donner des doses suffisantes ou que l'iodure s'est éliminée avant de produire ses effets au niveau des lésions dont la circulation est réduite.

On a proposé d'associer au traitement ioduré le régime déchlöruré dans le but de diminuer l'œdème local (Pinoy). Certains auteurs administrent de la levure de bière associée à l'arsenic sous forme de cacodylate de soude à hautes doses (Martel, Bérard et Murard). Il a été publié des observations avec guérison par le *traitement arsenical* seul. Nous avons la connaissance d'un cas d'actinomyose certaine des ganglions inguinaux chez une petite fille de la campagne qui a complètement guéri par des injections de néo-salvarsan (Corcuff). D'autres substances chimiques : formoline (Trinkler), Yatren, ont été essayées avec résultat le plus souvent favorable. Enfin, la *vaccinothérapie* a été également en faveur : Stock-vaccins polyvalents (Wright) ou vaccins autogènes (Colebrook). Il est probable que la vaccinothérapie, lorsqu'elle est suivie d'amélioration, agit d'une façon identique au choc protéinique et ne mérite pas d'être

retenue (Sezary, Combe et Benoist, Société médicale des H., mai 1927).

L'iodure ne semble pas devoir être considéré comme la médication autrefois dite spécifique des mycoses. Certains considèrent son action comme illusoire, tout au plus capable d'enrayer l'évolution, mais non d'obtenir une guérison complète. On admet le plus souvent que son action n'est efficace qu'en adjoignant au traitement général une *thérapeutique locale* ; des pointes de feu à l'électro-coagulation, en déterminant un remaniement des tissus et en activant le régime circulatoire, favorisent l'action de l'iodure. (Ravaut) ; un curettage des foyers joue un rôle identique. Mieux encore, on peut porter la substance chimique in situ : injections en pleine tumeur de solution iodo-iodurée au 1/10 et même au 1/6. Celles-ci ont toujours été suivies de succès entre certaines mains (P. Thierry). Ces injections interstitielles d'iodure ont été également utilisées à l'étranger (Rydygier, Rosenfeld). On a d'ailleurs cherché à substituer à l'iode différentes substances. Bevan (de Chicago), R. Von Baracz (de Lemberg) traitent les actinomycoses par des injections de *sulfate de cuivre* à 0,50 % dans les tissus infiltrés. Cette méthode, basée sur des expériences qui ont montré que des solutions de sulfate de cuivre à 0,50 enrayerent le développement de cultures d'actinomyces, a l'inconvénient d'être douloureuse et de nécessiter l'emploi d'une anesthésie générale ou locale. Trente cas d'actinomycose cervico-faciale traités de cette façon par R. Von Baracz n'ont donné que des guérisons. Localement, enfin, on a préconisé des pansements au Dakin, au sublimé, au chlorure de zinc, au bleu de méthylène ; cette dernière substance a été employée avantageusement en injections interstitielles (Fontoyment), des cautérisations au nitrate d'argent, etc... Mais le traitement médical est souvent insuffisant, il faut alors lui substituer ou, mieux, lui adjoindre une thérapeutique plus active soit chirurgicale, soit actinique.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Depuis 1892 certains auteurs étrangers, en particulier les chirurgiens allemands Schlange et Carré, proclamaient la nécessité de l'intervention chirurgicale précoce dans l'actinomycose. A cette époque l'iodure n'avait pas à son actif les améliorations depuis obtenues par son seul emploi. Néanmoins il est acquis actuellement que, dans certaines formes particulièrement infiltrantes qui sont l'apanage des localisations cervicales, le traitement médical agit très lentement ou n'agit pas. Comment en serait-il autrement dans ces formes d'actinomycose à gangue scléreuse épaisse, murant le parasite et le soustrayant à l'action du médicament venu par voie humorale ! L'infection surajoutée met encore obstacle en entretenant à elle seule les lésions si le drainage est insuffisant.

En conséquence, dès que le diagnostic d'actinomycose est posé, il faut envisager la possibilité d'un traitement chirurgical :

S'il s'agit d'un *foyer limité*, circonscrit, et si la localisation anatomique l'autorise, l'extirpation totale, en bloc, doit être considérée comme le traitement de choix. Le nodule actinomycosique se trouve enlevé comme une véritable tumeur (Lecène, Viannay, etc...). C'est le traitement que nous avons mis en œuvre pour le malade de l'observation n° 13.

Dans d'autres cas, cette exérèse est impossible ; il s'agit d'un *placard diffus*, infiltrant, ligneux en un point, fluctuant en un autre, avec parfois existence de fistules plus ou moins anciennes. Ces lésions mixtes, mycosiques primitives et infectieuses surajoutées, relèvent du bistouri, du thermocautère ou de la curette. Il faudra s'attacher à enlever le plus largement possible ces lésions inflammatoires pseudo-néoplasiques. On pratiquera des incisions larges qui mettront à plat les trajets fistuleux et les clapiers profonds. Un badigeonnage à la teinture d'iode complètera le

traitement de la plaie opératoire, que l'on pourra tamponner avec une mèche antiseptique ; dans les jours suivants on pourra instituer des lavages au Dakin ou avec une solution iodurée.

De toute façon le traitement général par iodure à hautes doses sera poursuivi selon les directives déjà énoncées et prolongé même ultérieurement. Cette pratique peut empêcher les récidives et les métastases de se produire.

Dans 4 des cas d'actinomyose que nous avons rapportés de même que dans ceux qui figurent dans la thèse de Bonnerot cette association d'une thérapeutique médicale et chirurgicale a presque toujours donné de rapides et complètes guérisons (Lecène). Quelques auteurs y ont même ajouté l'action des agents physiques, rayons X et radium, qui semblent être susceptibles d'accélérer encore la guérison et de la rendre plus certaine (obs. n° 13).

TRAITEMENT PAR LES AGENTS PHYSIQUES

Parmi les agents physiques nous ne ferons que mentionner les irradiations par la lampe de Quartz qui ont pourtant à leur actif d'excellents résultats (Bartoli). Les *rayons ultra-violets* peuvent toutefois être appliqués avantageusement comme complément du traitement chirurgical dans le but d'activer la cicatrisation.

La *roentgenthérapie* a été inaugurée au Japon par Schiota et depuis est en faveur à l'étranger surtout en Amérique et en Allemagne. Bevan (de Chicago) estime ce traitement supérieur à tous les autres. Tempsky, sur 36 cas d'actinomyose cervico-faciale traités par les rayons X, en a retrouvé 29 complètement guéris sans cicatrices vicieuses. Jungling rapporte 12 cas d'actinomyose également cervico-faciale avec 11 guérisons remarquables surtout au point de vue esthétique. Nous pourrions multiplier le nombre des auteurs qui se sont montré satisfaits de la méthode. Seul Mac Kenty lui est nettement défavorable et l'accuse de déclan-

cher des poussées évolutives. En France, Gougerot l'a mis en œuvre dans 5 cas et les résultats furent très satisfaisants; dans la plupart des cas il s'agissait, en réalité, d'un traitement associé actino-chimique. L'iodure est en effet le plus souvent administré simultanément (Melchior, Tempsky, Klings, Jungling, etc...) ; ce serait même pour certains la méthode de choix (Bortolotti et Brunetti, Dittrich). Elle donna un beau résultat à Ramadier. A notre avis le traitement iode-chirurgie ne nous paraît pas devoir être supplanté par la roëntgenthérapie, qui semble toutefois devoir être utilisée comme facteur complémentaire très favorable à une guérison rapide et complète. Aussi avons-nous cru bon d'ajouter cette chance de guérison en ce qui concernait le malade de l'observation n° 13, chez qui l'exérèse chirurgicale semblait pourtant suffisante.

Plus récemment on s'est mis à traiter l'actinomycose uniquement par le *radium* S. A. Heyerdahl rapporte 21 cas d'actinomycose cervico-faciale, certaines très graves, toutes confirmées microscopiquement, qui furent traitées par les radiations filtrées à travers du plomb ; la guérison fut obtenue dans tous les cas avec résultat esthétique parfait et aucune récurrence. Deux ou trois séances de radium ont généralement suffi. Ces résultats impressionnants doivent encourager les chirurgiens à essayer cette méthode. Récemment Cornioley et Fischer (de Genève) ont rapporté à la Société de chirurgie 2 observations d'actinomycose sous-maxillaire guérie radicalement et très vite par des injections intra-veineuses de sérum radio-actif. Ces faits méritent donc d'être pris en considération.

En résumé, le traitement médical, en l'espèce l'iodure de potassium administré par voie buccale, se montre trop souvent insuffisant à lui seul dans ses résultats pour qu'il ne soit pas indispensable de lui adjoindre une thérapeutique locale. L'exérèse en bloc d'un foyer limité, le débridement et le curettage dans les formes infiltrantes complexes avec applications directes d'antisepti-

ques (teinture d'iode), le tout accompagné d'ingestion de lugol, voilà le traitement qui paraît encore actuellement le plus favorable.

La radiothérapie profonde agit également avec efficacité, mais il nous semble encore plus prudent de ne l'utiliser qu'à titre de complément du traitement mixte médical et chirurgical. Quant au radium, si son action paraît satisfaisante, l'état inflammatoire des lésions nous semble contre-indiquer son application dans un certain nombre de cas. De toutes façons un diagnostic très ferme d'actinomyose sera exigé avant de soumettre le malade aux radiations. Les résultats obtenus par la curiethérapie sont toutefois assez démonstratifs pour que désormais on ne fasse pas confiance à la méthode et qu'en France elle ne soit pas sincèrement mise à l'essai.

TRAITEMENT DE LA THYROIDITE CHRONIQUE LIGNEUSE

Si, comme il paraît désormais vraisemblable, le syndrome de thyroïdite de Riedel a le plus souvent pour point de départ une lésion laryngo-trachéale syphilitique, acquise ou héréditaire, le traitement consistera essentiellement dans l'administration de cyanure de mercure ou de novarséno-benzol, l'iode étant à déconseiller à cause de l'œdème qu'il peut provoquer. Ce *traitement anti-syphilitique* doit être conduit avec énergie, afin de prévenir dans la mesure du possible en agissant vite sur les lésions trachéales les accidents asphyxiques qui menacent les malades. Dans certains cas cette thérapeutique médicale s'est montrée suffisante (Monod, de la Mothe) et la guérison a été obtenue radicalement. D'autres fois les crises dyspnéiques prennent de telles proportions qu'on a tenté de faire autre chose pour les prévenir ou les conjurer (Delore, Ricard, G. Hahn, Shaw et Smith). Dans les deux observations de M. Lecène,

malgré le traitement anti-syphilitique, une intervention fut cependant nécessaire et n'empêcha pas le malade de succomber à l'asphyxie.

Le seul traitement chirurgical rationnel (Lecène) : c'est la trachéotomie. Cette *trachéotomie* est d'ailleurs presque toujours fort difficile. Le conduit laryngo-trachéal est noyé dans une gangue fibro-œdémateuse où il est impossible de rien reconnaître ; les plans sont confondus ; il n'existe aucun clivage ; une hémorragie en nappe noie le champ opératoire. La trachée déviée d'un côté est presque impossible à trouver (Lecène, Sébilleau). La trachéotomie peut être insuffisante pour sauver les malades, car il peut exister des lésions trachéales diffuses jusqu'à la bifurcation bronchique (Lecène). Dans certains cas elle a été suivie de guérison (Bruce, Clarke, Hultl, Küttner).

D'autres traitements chirurgicaux ont cependant été opposés à la thyroïdite ligneuse. Ils se sont montrés favorables dans quelques cas ; l'exérèse du corps thyroïde par exemple peut paraître à priori logique ; pourtant elle ne l'est pas si la lésion primordiale siège au niveau de la trachée ; la preuve en est que les accidents dyspnéiques ont pu réapparaître après exérèse de la tumeur thyroïdienne (Poncet et Leriche). Les lésions de la trachée étant de nature syphilitique sont d'ailleurs susceptibles de régresser et même de disparaître par un traitement approprié. Toutefois l'ablation de la tumeur a quelquefois donné des résultats satisfaisants : excision cunéiforme des tissus pathologiques péri-trachéaux ou excision large de la tumeur, exigeant d'ailleurs des sacrifices importants, carotide et pneumogastrique (Ricard). Dans les formes de début la *thyroïdectomie sub-totale* ou partielle serait indiquée (B. Shaw et Smith). G. Hahn a également eu une guérison par résection du lobe thyroïdien droit. A une période avancée de la maladie, tous admettent que l'opération devient dangereuse (une mort sur 6 opérés, Shaw et Smith), voir impossible, même en la

fractionnant. Ces cas seraient justiciables de la radiothérapie.

Mais encore une fois le traitement d'exérèse doit être condamné, si comme G. et R. Monod tendent à le prouver, ce sont les lésions trachéales qui sont primitives et dominant le pronostic de l'affection. La seule ressource dans ces cas, c'est que, la syphilis étant en cause, le traitement spécifique se montre suffisamment opérant. En cas de doute sur l'étiologie actinomycotique possible de la péri-thyroïdite il sera bon de chercher à en faire la preuve ; en tous cas, le traitement d'épreuve par l'iodure de potassium, seul ou mieux associé au traitement chirurgical et aux radiations, sera appliqué et on sera autorisé alors à porter un pronostic plutôt favorable.

TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES

Nous ne dirons que quelques mots du traitement des tumeurs malignes infiltrantes du tissu cellulaire cervical. Leur thérapeutique est le plus souvent décevante. La chirurgie est ici tout spécialement inopérante et souvent dangereuse. Les résultats opératoires sont lamentables, surtout quand il s'agit de branchiomes ou de lympho-sarcomes. Pourtant l'ablation préalable d'une partie de la tumeur peut faciliter l'action secondaire des radiations et éviter les phénomènes d'intoxication dus à la destruction massive des tissus (Lecène). Le radium et la roentgenthérapie profonde peuvent, à eux seuls, obtenir des régressions et même des guérisons momentanées maintenues pendant plusieurs années. Il ne faut donc pas négliger d'utiliser ces méthodes qui ont l'avantage de faire courir un risque minimum aux malades.

En ce qui concerne les adénopathies secondaires à un épithélioma primitif, c'est encore aux radiations qu'il faut avoir recours, quand elles sont jugées inopérables.

Si la radiumpuncture peut être utilisée au niveau de la

tumeur primitive, elle est généralement impuissante à guérir les adénopathies secondaires volumineuses. Ces adénopathies peuvent être irradiées par des rayons X pénétrants. Il semble que la *curiethérapie par foyers extérieurs* soit susceptible de donner des résultats supérieurs. En cas d'adénopathie volumineuse, l'exérèse chirurgicale peut précéder avantageusement l'application de radium faite ensuite dans la brèche opératoire.

Mais il est bon de se souvenir que la succession de l'acte chirurgical et de la radiothérapie est « un traitement comportant des risques sérieux, et une période de réactions locales et générales pénibles. Il ne peut être entrepris que chez les patients ayant un bon état général » (Régaud).

Peut-être le mycosis fongöïde, forme qui se rapproche davantage des lymphadénomes que des sarcomes, est-il plus que toute autre tumeur favorablement influencé par les rayons X. Pourtant on n'en connaît pas encore de guérison définitive véritable.

TRAITEMENT DES ACCIDENTS ASPHYXIQUES PAR COMPRESSION

Au cours de leur évolution, les tumeurs et pseudo-tumeurs, que nous avons vu infiltrer la région cervicale, peuvent déterminer des accidents de compression, en particulier du larynx et de la trachée. Les phénomènes d'asphyxie, par leur caractère de gravité particulière, posent alors l'indication de la *trachéotomie d'urgence*. A côté des cas où l'asphyxie est imminente, il en est d'autres où l'indication d'intervenir n'est envisagée que d'une manière *préventive*, la trachéotomie étant destinée à éviter l'apparition d'accidents respiratoires souvent brusques et de conséquences parfois mortelles. Ce sont les examens répétés du spécialiste qui, mieux que l'analyse des signes fonctionnels, permettront de saisir le moment opportun d'une trachéotomie.

Mais cette trachéotomie ne se fait pas sans difficultés ; en

particulier quand il s'agit de compression basse par tumeur thyroïdienne par exemple. Il est alors de toute nécessité de pratiquer la fistulisation trachéale au-dessous de l'obstacle, c'est-à-dire juste au-dessus du manubrium. On sait qu'à ce niveau la trachée est profonde, d'où difficulté de sa recherche, aggravée du fait du suintement sanguin causé par l'ouverture des veines abondantes de la région.

Dans d'autres cas, la trachée peut être altérée dans ses parois ou déviée d'une façon plus ou moins considérable ; indépendamment de l'infiltration des tissus qui peut rendre sa découverte délicate, il est alors prudent et parfois nécessaire d'introduire avant l'opération un bronchoscope dans la trachée. C'est la *trachéotomie sur mandrin* qui rend les manœuvres beaucoup plus simples et rapides. Ce procédé a, en outre, l'avantage d'éviter les accidents asphyxiques que pourrait entraîner l'affaissement du conduit trachéal ramolli après l'ablation d'une tumeur volumineuse.

Il est de toute évidence que cette trachéotomie n'est qu'une thérapeutique de nécessité. Elle n'est pas d'ailleurs sans inconvénient ; comme après toute trachéotomie, il faut craindre les complications locales, suppuration de la plaie, et surtout pulmonaires. Celles-ci seront particulièrement à redouter quand l'incision est faite en pleins tissus inflammatoires. La broncho-pneumonie ne saurait tarder à se manifester chez ces malades après un soulagement de courte durée.

Nous signalerons enfin la possibilité, même après une trachéotomie faite basse, de ne voir se produire aucune sédation dans les phénomènes asphyxiques : tirage et cyanose. C'est qu'il existe des lésions sténosantes sous-jacentes à la trachéotomie. L'introduction d'un drain ou d'un tube jusqu'à la bifurcation bronchique est alors indispensable pour mettre un terme à l'asphyxie (Lecène).

Conclusions

Les régions de transition de la face et du cou et le cou lui-même sont fréquemment le siège de tuméfactions, de dureté ligneuse et de natures diverses qui infiltrent le tissu cellulaire. Le diagnostic clinique en est souvent impossible.

Parmi ces affections, *le phlegmon ligneux de Reclus* représente le type le plus anciennement connu, dont on est tenté de faire facilement le diagnostic. Celui-ci ne doit pourtant pas être accepté sans réserves. Si, dans un certain nombre de cas, la coexistence d'accidents osseux ou muqueux d'origine dentaire ou la notion d'une amygdalite antérieure permettent d'affirmer la nature infectieuse banale de l'infiltration cellulaire, dans d'autres cas le doute peut persister.

Il importe alors de pratiquer une biopsie avant de rejeter formellement l'idée d'un néoplasme, et surtout d'orienter patiemment ses recherches vers l'actinomyose toujours possible.

L'actinomyose cervicale ou cervico-faciale, en dehors des cas typiques, peut se présenter sous des formes trompeuses dont nous avons rapporté quelques exemples. Etant donné sa fréquence relative, il faut penser à en faire la preuve toutes les fois qu'on a des doutes sur la nature d'une tuméfaction infiltrante de la face et du cou, sièges les plus fréquents de ses localisations.

Il importe de se mettre en garde contre l'erreur qui consiste à n'appuyer son diagnostic que sur le

simple aspect physique et sur l'épreuve d'un traitement iodé. Celui-ci risquerait trop d'être prolongé inutilement. La recherche microscopique des grains est donc indispensable et doit être conduite avec une extrême rigueur, étant données les difficultés parfois très grandes de leur découverte et de leur identification.

La syphilis est également susceptible de déterminer des lésions infiltrantes diffuses dont la *péri-thyroïdite chronique ligneuse* en est la manifestation la plus curieuse. Cette thyroïdite cancériforme est plus rarement d'origine tuberculeuse, exceptionnellement actinomycosique. Son diagnostic avec le cancer du corps thyroïde ou un phlegmon ligneux est très difficile.

La syphilis tertiaire des ganglions et la tuberculose ganglionnaire avec péri-adénite peuvent également prêter quelquefois à confusion.

Les *tumeurs malignes* enfin, à leur stade d'infiltration, sont susceptibles d'être confondues avec une cellulite chronique ou une actinomycose. Le diagnostic de leur variété est lui-même souvent très délicat et comporte comme premier temps la recherche d'un épithélioma primitif par endoscopie soigneuse de la bouche et du pharynx, comme deuxième temps la biopsie, autant que possible après excrèse complète.

*
**

Du fait des erreurs nombreuses qui peuvent être commises et dont nous avons rapporté un certain nombre d'exemples, *le diagnostic clinique doit être considéré comme insuffisant dans la plupart des cas*. Il est donc indispensable de lui adjoindre des recherches multiples : biologiques (Wassermann, cuti-réaction à la tuberculine), expérimentales (inoculation au cobaye), bactériologiques (culture de la sérosité ou du pus).

Plus importantes sont les trois étapes successives que nous considérons comme capitales pour arriver au diagnostic exact :

L'endoscopie du carrefour aéro-digestif ;

L'incision exploratrice ;

La biopsie.

Les examens microscopiques ne décèlent quelquefois rien à première vue. Il faut alors penser à la possibilité d'une actinomycose et chercher à en faire la preuve selon les méthodes que nous avons cru intéressant de rappeler.

*
**

Le diagnostic exact étant acquis, le choix du traitement devient alors chose facile.

Au traitement habituel du phlegmon ligneux par la vaccination, il ne faudra pas oublier de chercher à adjoindre le *traitement causal* : curettage d'un foyer d'ostéite ou ablation d'un séquestre, avulsion dentaire, désinfection du cavum, amygdalectomie, etc...

Contre l'actinomycose, c'est actuellement encore le *traitement mixte* : chirurgie et iode administrée à l'intérieur, qui est en faveur en France. Pourtant la *Rœntgenthérapie* semble devoir lui être adjointe pour faciliter et consolider les guérisons. Quant au *radium*, son application est peut-être susceptible de supplanter les autres méthodes de traitement, comme le laissent supposer certaines statistiques étrangères.

La péri-thyroïdite chronique étant le plus souvent d'origine syphilitique, c'est le *traitement arsenical ou hydrargirique* qui semble le plus indiqué, surtout quand il existe des lésions trachéales concomitantes sur lesquelles la chirurgie ne peut guère avoir d'action.

Les néoplasmes malins sont justiciables plutôt des radiations : radium ou röntgenthérapie, que de la chirurgie. La *curiethérapie par foyers extérieurs* semble la méthode de choix, seule ou consécutive à une exérèse aussi complète que possible.

Exceptionnellement, les infiltrations cellulaires du cou, par compression ou déplacement de la trachée et du larynx, entraînent des accidents asphyxiques qui peuvent nécessiter une *trachéotomie préventive ou d'urgence*.

*
**

Pour terminer, nous dirons que le but poursuivi dans notre étude a été de montrer avant tout la nécessité quasi-absolue de *l'incision exploratrice*. Grâce aux recherches microscopiques qui la complètent, elle permet le plus souvent de préciser un diagnostic, de porter un pronostic et d'orienter convenablement le traitement de ces infiltrations ligneuses du tissu cellulaire cervico-facial dont la nature infectieuse, parasitaire ou néoplasique, est généralement impossible à distinguer cliniquement.

Vu, le Doyen :

ROGER.

Vu, le Président :

LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLETY.

Bibliographie

Dans l'impossibilité de présenter une bibliographie complète de toutes les affections que nous avons envisagées au cours de cette étude, nous avons limité intentionnellement nos citations à celles concernant les ouvrages les plus récents et mentionnés dans le texte.

PHLEGMON LIGNEUX

BARTHÉLÉMY et SIMONIN. — *Revue Méd. de l'Est* (phlegmon ligneux du cou à streptocoques, auto-vaccinothérapie, guérison).

GILBERTI. — *Policlinico*, janv. 1918, (tumeur fibreuse inflammatoire du cou).

J. MAINGUY. — Thèse de Paris, 1927 (contribution à l'étude des accidents cellulaires sub-aigus et chroniques d'origine dentaire).

SALVA MERCADÉ. — *Journal de chirurgie*, 1918-19 (les phlegmons ligneux).

MIROLLI. — *Minerva*, 20 nov. 1926 (Médiastinite consécutive à un phlegmon ligneux du cou).

G. PARQUER. — *British Medical Journal*, 1914, janv. (A case of woody phlegmon of the neck).

PICCINI. — *Policlinico*, oct. 1911 (Etiologie du phlegmon ligneux).

R. PULLEINE. — *Med. Journ. Austral.*, 1923, t. 1 (Apparently undernihil form of ligneous oedema of the neck).

ACTINOMYCOSE

P. BONNEROT. — Thèse de Paris, 1924 (Quelques cas rares d'Actinomycose humaine).

BARTOLI. — *Annali italiani di Chirurgia* (Etude du traitement de l'Act.), 1924.

BOYKSEN. — *Zentralblatt für Chirurgie*, n° 25, 23 juin 1928.

BORTOLOTTI. — *Arch. it. de Chir.* (traitement actino-chimique de l'Act. T. XVI, 6-4 oct. 1926).

- CORNIOLEY et FISCHER. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, fév. 1928 (Du traitement de l'Act. par le Radium).
- CHRIST. — *Schweiz. mediz. Wochenschrift*, LV, n° 28, 9 juillet 1925. Act. consécutives aux traumatismes de la face.
- COLEBROOK. — *The Lancet* (traitement de l'Act. par vaccin), 1921.
- DITTRICH. — *Med. Klin. Berl.*, 1920 (Röntgenbestrahlung des gesichts und Hals-aktinomykos).
- HEDRY. — *Bruns Beit. Klin. Chir.*, 1923, f. 1 développement du cancer sur des lésions actinomycosiques).
- HEYERDAHL S. A. — *Journ. Ann. Med. Ass.*, 27 déc. 1919 et *Brit. Journ. Radiol.*, janv. 1926 (Actinomycosis treated with Radium).
- HUDELO, MONLAUR et MORNET. — *Bull. Soc. française de Derm. et Syph.*, avril 1927 (Un cas d'actinomycose cervicale).
- JUNGLING. — *Beitr. zur Klin. Chir.*, 1920 (Zur Roentgenbehandlung der Aktinomykose).
- LESPINASSE. — Thèse Paris, 1920 (Contribution à l'étude des fausses Actinomycoses).
- LORD F. T. — *Boston Med. and Surg. Journ.*, juillet 1910 (Etiologie de l'Actinomycose).
- LORTAT-JACOB et LEGRAIN. — *Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph.*, 1923. — (Un cas d'Actinomycose traité par l'injection d'iode colloïdal).
- MATTSON W. W. — *Surg Gyn. and Obst.*, 1922 (Humain Actinomycosis). — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*
- MOURE P. — 24 février 1926. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.* — (A propos des Mycoses).
- NEW G. B. — *Surg. Gyn. and Obst.*, 1923 (Actinomycosis of the head and neck).
- ROMAN VON BARACZ. — *Zentr. für Chir.*, 1922, n° 18 (35 cas d'Actinomycose traités par le sulfate de cuivre).
- SOMMEYRE R. — Thèse Paris, 1927 (Actinomycose du corps thyroïde).
- TEMPSKY. — *Bruns ; Beit. Z. Klin. Chir.*, 1927 (Résultats du trait. Roendgendhérapique).
- VAN DER VEER et DICKINSON. — *Medical Record*, 1922, n° 7. (A propos d'un cas d'Actinomycose).
- VAN DEN WILDENBERG. — *Ann. des maladies de l'oreille, etc.*, 1928. — (Actinomycose profonde du cou et du médiastin).
- BRUMPT E. — (*Archives de Parasitologie*, tome X, n° 4). — Les mycétomes.
- CORNIL et RANVIER. — *Traité d'Histologie pathologique*, T. 1.

LANGERON M. — Mycétomes, oosporoses, in *Nouveau traité de Médecine*, Masson.

LECÈNE P. — Actinomycose, in *Précis de Pathologie chirurgicale*, 1928.

LETULLE, NATTAN-LARRIER. — *Précis d'Anatomie pathologique*, T. I.

MAGROU. — In *Grand cours de Microbiologie de l'Institut Pasteur*, 1927.

MASSON P. — In *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*.

THYRÔÏDITE CHRONIQUE LISNEUSE

DUTHEILLET DE LAMOTHE. — *Ann. des Maladies de l'oreille*, janvier 1924 (un cas de thyroïdite spécifique).

HAHN G. — *Arch. für Klin. Chir.*, tome 137 (Contribution à l'étude de la thyroïdite chronique).

LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique Chirurgicale*, tome II (Traitement chirurgical des affections du corps thyroïde).

MONOD G. et R. — Thèse Paris, 1922 et *Journal de Chirurgie*, juillet 1923 (Etude sur la thyroïdite ligneuse chronique).

SHAW et SMITH. — *Brist. Journ. of Surg.*, juillet 1925 (thyroïdite chronique de Riedel, 6 cas personnels).

TUMEURS MALIGNES

BÉRARD L. et DUNET CH. — *Bibliothèque du cancer* (cancer thyroïdien).

DARIER J. — *Précis de Dermatologie* (Mycosis fongoïde).

H. DUBOIS-ROQUEBERT. — Thèse Paris, 1924 (Traitement des adénopathies cervicales consécutives aux opititscléonas des lèvres et de la langue).

CH. LENORMANT. — *Journ. de Chir.*, février 1921 (Branchiomes malins).

CH. REGAUD et ses collaborateurs. — *Paris-Médical*, 16 avril 1927 (les adénopathies consécutives aux cancers des lèvres, de la langue et du plancher de la bouche ; leurs indications thérapeutiques ; leur traitement).

RUBENS-DUVAL. — *Paris-Médical*, 4 février 1922 (Indications respectives de la chirurgie et de la radiothérapie dans le traitement des tumeurs malignes opérables).

Table des Matières

	Pages
CHAPITRE I.	
Introduction et rappel anatomique.....	11
CHAPITRE II.	
Etude clinique.	
A) Cellulites cervicales chroniques.....	16
I. Le phlegmon ligneux cervical.....	17
II. L'actinomyose cervicale.....	31
III. Cellulites cervicales chroniques spécifiques.....	47
B) Néoplasmes malins.....	57
Tumeurs malignes cervicales d'origine lymphatique.....	57
Epithéliomas primitifs des glandes.....	67
Epithéliomas bronchiaux.....	69
CHAPITRE III.	
Etude du diagnostic.....	72
Les limites du diagnostic clinique.....	72
Endoscopie du carrefour aéro-digestif.....	75
L'incision exploratrice et la biopsie.....	77
Diagnostic de laboratoire : recherches histologiques et bactériologiques de l'actinomyose	79
CHAPITRE IV.	
Etude et choix du traitement.....	89
Traitement du phlegmon ligneux.....	89
Traitement de l'actinomyose.....	90
Traitement de la thyroïdite chronique ligneuse.....	96
Traitement des tumeurs malignes.....	98
Traitement des accidents asphyxiques par compression.....	99
Conclusions	101
Bibliographie	105

